

## La Salut a Barcelona 2003

Ciutat Vella +46,21

Eixample +31,22

Sants - Montjuïc +45,14

Les Corts +27,74

Barrià - Sant Gervasi +30,05

Gràcia +27,73

Horta - Guinardó +0,60

Nou Barris +49,19

Sant Andreu +44,36

Sant Martí



## **La salut a Barcelona 2003**

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i Tercera Tinenta d'Alcalde de l'Ajuntament de Barcelona.

**Imma Mayol i Bertran**

Regidor Ponent de Salut Pública.

**Ignasi Fina i Sanglàs**

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Joan Guix i Oliver**

Director de la Divisió d'Estratègia i Sistemes d'Informació de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Joan Ramon Villalbí i Hereter**

Directora de l'Observatori de la Salut Pública de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Carme Borrell i Thió**

**Realització:**

Margarida Mas Sardà  
Galènia comunicació mèdica

**Disseny gràfic:**

disseny@jotaerra.com

**Fotografies:**

Agència de Salut Pública de Barcelona

**Edita:**

Agència de Salut Pública de Barcelona

**Impressió:**

Primer Segona Edicions

Desembre 2004

## Coordinació general de l'informe

Anna García-Altés (ASPB).

## Redacció

### *Resum executiu*

Anna García-Altés (ASPB).

### *La salut i els seus determinants*

Carme Borrell (ASPB).

### *Qui som*

Immaculada Cortés (ASPB), Anna García-Altés (ASPB).

### *Com vivim*

Josep Arqués (ASPB), Carme Borrell (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Mercè Domínguez (DSIVA), José Gracia (DSIVA), Anna García-Altés (ASPB), Anna Guitart (ASPB), Esther Jordà (CSB), Cristina Minguell (CSB), Helena Pañella (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Aïna Plaza (CSB), Rosa Puigpinós (ASPB), Núria Ribot (ASPB), Pau Rodríguez (DSIVA), Alicia Rodríguez-Martos (ASPB), Elvira Torné (CSB), Carmen Vecino (ASPB).

### *La nostra salut*

Carme Borrell (ASPB), Immaculada Cortés (ASPB), Elia Díez (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Anna García-Altés (ASPB), Enrique Muñoz (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Katherine Pérez (ASPB), Joaquín Salvador (ASPB).

### *Monogràfic: Impacte de l'ona de calor sobre la salut a la ciutat de Barcelona l'estiu del 2003.*

Patricia García de Olalla (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB).

### *Monogràfic: Malalties de declaració obligatòria i immigració: incidència i patró de distribució a la ciutat.*

Helena Pañella (ASPB), Rocío Maldonado (ASPB), Cristina Rius (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Àngels Orcau (ASPB).

### *Monogràfic: Motius per triar els serveis d'urgència dels hospitals per problemes de salut de resolució extrahospitalària.*

M. Isabel Pasarín (ASPB), Joana Calafell (ASPB), M. José Fernández (ICS), Dolors Rodríguez (ASPB), Carme Borrell (ASPB), M. Glòria Torras (HUVH), Elvira Torné (CSB), Salvador Torra (RSG), Àlex Guarga (CSB), Antoni Plasència (DS).

---

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona.

CSB: Consorci Sanitari de Barcelona.

DS: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

DSIVA: Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental.

HUVH: Hospital Universitari Vall d'Hebron.

ICS: Institut Català de la Salut.

RSG: Regió Sanitària de Girona, Servei Català de la Salut.



# Índex: La salut a Barcelona 2003

<b>Presentació</b>	<b>7</b>
Resum executiu .....	8
Resumen ejecutivo .....	10
Executive Summary .....	12
La salut i els seus determinants .....	14
<b>Qui som</b>	<b>17</b>
La situació demogràfica .....	18
La situació socioeconòmica .....	19
<b>Com vivim</b>	<b>21</b>
El medi ambient .....	22
L'aire .....	22
El soroll .....	22
Les aigües de mar .....	23
Les aigües de consum de proveïment públic .....	23
La seguretat i higiene dels aliments .....	24
Els comportaments .....	25
Les conductes relacionades amb la salut .....	25
L'abús de substàncies psicoactives .....	26
L'ús de drogues no institucionalitzades .....	26
L'alcohol .....	27
Els serveis sanitaris .....	28
La utilització de serveis sanitaris .....	28
L'atenció primària de salut .....	29
L'atenció a les urgències .....	29
L'atenció especialitzada hospitalària .....	30
L'atenció sociosanitària .....	30
L'atenció a la salut mental .....	31
L'atenció a la salut pública .....	32
<b>La nostra salut</b>	<b>35</b>
La salut percebuda .....	36
La salut maternoinfantil .....	37
Els problemes de salut específics .....	38
La tuberculosi .....	38
La infecció VIH-sida .....	40
Les lesions per accidents .....	42
Les lesions per accidents de trànsit .....	42
Les lesions per accidents de treball .....	43
La mortalitat .....	44
<b>Monogràfics</b>	<b>47</b>
Impacte de l'ona de calor sobre la salut a la ciutat de Barcelona l'estiu del 2003 .....	48
Malalties de declaració obligatòria i immigració: incidència i patró de distribució a la ciutat .....	51
Motius per triar els serveis d'urgència dels hospitals per problemes de salut de resolució extrahospitalària .....	54
<b>La salut a Barcelona 2003 en xifres</b>	<b>57</b>







# Presentació

7

Aquest any, en presentar el vint-i-unè informe de salut a Barcelona, vull destacar els eixos que l'han articulats: d'una banda, l'aprofundiment de la investigació bàsica, que es presenta sota una meritòria sincronia metodològica i, de l'altra, el referent a les necessitats percebudes pels agents de salut, que han nodrit la participació des de la corresponsabilització. L'informe de salut és un instrument que ajuda a millorar el coneixement de l'estat de salut de la població de la ciutat i la seva evolució, i facilita la presa de decisions basada en informació vàlida sobre els problemes de salut de la població, els seus determinants i sobre l'accessibilitat i la utilització dels serveis sanitaris.

Com podreu apreciar, aquest any l'informe ha canviat el seu estil. Pel que fa al seu disseny gràfic, és molt més actual i de fàcil lectura, i la part gràfica hi té molt més pes. Pel que fa als continguts, s'han estructurat en els apartats següents: «Qui som», «Com vivim» i «La nostra salut». En tots els temes s'ha intentat donar més pes a la presentació de les desigualtats entre els districtes, així com destacar els principals problemes de salut i les fites aconseguides. De la mateixa manera que en els darrers anys, en l'elaboració de l'informe també han col·laborat persones del Consorci Sanitari de Barcelona i de la Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental de l'Ajuntament de Barcelona.

Entre els problemes específics de salut, aquest any destaquen les lesions per accidents de treball en el sector de la construcció, que han augmentat. Com a fet positiu destaca l'elevat percentatge d'embarassades que es fa la primera visita a l'obstetra durant el primer trimestre, així com la disminució irregular, però constant, del percentatge de dones fumadores durant l'embaràs; ambdós fets molt positius pel que implica d'adequació de la cura dels embarassos.

L'informe també inclou l'anàlisi en profunditat de tres temes. El primer és el cop de calor de l'estiu 2003 i les seves conseqüències epidemiològiques. El segon està centrat en l'evolució en els darrers anys de les malalties infeccioses i la seva relació amb la immigració. Per últim, es presenten els resultats d'un estudi sobre els factors que motiven l'ús d'urgències hospitalàries, tema sempre d'actualitat. Aquest últim tema posa de relleu que la rigidesa en l'accés als Serveis d'Atenció Primària per part d'una població amb poca disponibilitat horària és un dels principals motius adduïts per la utilització dels serveis d'urgències hospitalars.

Com cada any es presenta també un Annex, on consten alguns dels principals indicadors de salut en els deu districtes de la ciutat. Com els anys anteriors, aquestes dades posen en evidència l'existència de desigualtats en salut a nivell territorial i, per tant, poden ser útils per a posar en marxa estratègies diferents per a cada districte de la ciutat.

L'elaboració d'aquest nou informe mostra una vegada més el paper de l'Agència de Salut Pública com a observatori de la salut i dels serveis sanitaris de la ciutat, alhora que proporciona informació útil tant pels qui decideixen la política sanitària i els planificadors dels serveis sanitaris de la ciutat com per totes aquelles persones interessades en el tema.

**Ignasi Fina i Sanglès**  
*Regidor Ponent de Salut Pública*  
*Ajuntament de Barcelona*

# Resum executiu

8

## Qui som

### La situació demogràfica

La població de Barcelona l'1 de gener de 2003 és de 1.582.738 persones: 47,3 % homes i 52,7 % dones. El percentatge de persones majors de 65 anys és del 20,3 %, el 25,8 % de les quals viuen soles. La població de nacionalitat estrangera representa un 12,8 % del total.

### La situació socioeconòmica

Un 65,1 % dels homes i un 44,6 % de les dones de 16 o més anys són població activa. La taxa d'atur es situa en el 9,3 % l'últim trimestre de l'any 2003, malgrat que continua sent superior en les dones. Una cinquena part de la població és assalariada, amb més dones eventuais i una ocupació majoritària en el sector serveis.

## Com vivim

### El medi ambient

La qualitat de l'aire, de l'aigua de consum de proveïment públic i de les aigües de mar està dins els límits normatius establerts actualment i que monitoritzen els serveis municipals de vigilància ambiental.

### Els comportaments

Un 31,4 % dels homes i un 37,7 % de les dones de Barcelona declaraven ser sedentaris en el seu temps lliure. Destaca Sant Andreu, on aquest percentatge és molt més elevat. Quant al consum de tabac, Ciutat Vella és el districte on hi ha més homes fumadors i Sants-Montjuïc i Sarrià-Sant Gervasi on hi ha més dones fumadores.

Durant l'any 2003, un 42 % de tots els inicis de tractament per drogues il·legals i un 53 % de les urgències en consumidors de droga varen ser per cocaïna. Es va detectar cocaïna en un 56 % de les morts per reacció aguda adversa a les drogues. L'any 2003 és la primera vegada des de l'any 1999 que s'interromp la tendència a la baixa de mortalitat per sobredosi.

## Els serveis sanitaris

L'any 2003 ha finalitzat el procés de reforma de les 66 àrees bàsiques de salut. Malgrat això, persisteixen problemes en alguns centres relacionats amb la qualificació i dedicació dels professionals i amb l'adequació dels locals, que han de millorar-se.

El nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris, extrahospitalaris i SCUB-061 segueix en augment, així com l'activitat d'urgències dels centres d'atenció continuada. La utilització dels serveis hospitalaris públics s'ha incrementat des de l'any 1995, situant-se en 102,5 per 1.000 habitants l'any 2003. Els recursos públics d'atenció sociosanitària i d'atenció a la salut mental han augmentat, tot i que precisen encara d'expansió quantitativa.

Les cobertures vacunals d'hepatitis A i B són del 90,2 % i de tètanus-diftèria del 83,6 %. La campanya extraordinària de vacunació escolar antimeningitis C realitzada l'any 2003 va assolir una cobertura del 83 %. L'any 2003 també es va posar en marxa una campanya específica de vacunació d'hepatitis A i B en el col·lectiu d'homosexuals.

L'any 2003 el Programa de detecció precoç del càncer de mama va arribar a tots els districtes de la ciutat.

## La nostra salut

### La salut percebuda

Un 79 % dels homes de Barcelona de 15 anys o més declaren tenir un estat de salut percebut bo o molt bo. Les dones i la gent gran declaren tenir pitjor estat de salut. Els districtes amb pitjor salut percebuda són Ciutat Vella i Nou Barris, mentre que el districte amb millor salut percebuda és el de Sarrià-Sant Gervasi.

### La salut maternoinfantil

El nombre de naixements torna a augmentar des dels primers anys d'aquesta dècada. La taxa d'embarassos en el grup de dones menors de 20 anys és molt baixa, però amb certa tendència a l'increment. El percentatge d'embarassades que visiten per primera vegada l'obstetra durant el primer trimestre supera el 96 %. Un altre aspecte positiu és la constant disminució del percentatge de dones embarassades que fumen.

## Els problemes de salut específics

### La tuberculosi

El canvi més important que s'ha produït l'any 2003 pel que fa a la tuberculosi a la ciutat ha estat l'augment de malalts estrangers, que representen el 33,8 % dels casos nous.

### La infecció VIH-sida

En els darrers dos anys, els casos declarats de sida han interromput la seva tendència decreixent i s'han estabilitzat, a l'igual de la mortalitat per aquesta causa.

### Les lesions per accidents

#### Les lesions per accidents de trànsit

Del conjunt de residents lesionats per accidents de trànsit, el 20,7 % van ser vianants atropellats, un terç circulaven en vehicles de dues rodes, el 40,3 % en turismes i el 3,4% en altres vehicles com autobús, camió o bicicleta.

#### Les lesions per accidents de treball

L'augment més important que s'ha donat l'any 2003 ha estat el de lesions per accidents *in itinere*, així com l'increment de lesions per accidents de treball en el sector de la construcció.

### La mortalitat

L'esperança de vida a la ciutat de Barcelona ha continuat augmentant, sent l'any 2002 de 76,4 anys en els homes i de 83,1 anys en les dones. La mortalitat segueix sent desigual entre els districtes de la ciutat i Ciutat Vella -i sobretot en el cas dels homes- és el districte que presenta més mortalitat.

Pel que fa a les causes, en els joves segueixen destacant la sida i les lesions per accidents de trànsit, en els adults destaquen el càncer de pulmó, la malaltia isquèmica del cor i el càncer de mama i en la gent gran les malalties cardiovasculars i el càncer de pulmó.

### Monogràfics

#### Impacte de l'ona de calor sobre la salut a la ciutat de Barcelona l'estiu de 2003

L'augment sostingut de temperatures l'estiu de 2003 va impactar en la mortalitat. Durant el mes d'agost a la ciutat de Barcelona, unes 400 morts van estar relacionades amb l'increment de la temperatura. Aquest augment de mortalitat va afectar sobretot a les persones majors de 70 anys.

A Barcelona i a la resta de Catalunya, per tal de prevenir i minvar els efectes que podria tenir una nova ona de calor, s'ha dissenyat i s'ha posat en marxa el mes de juny de 2004 un Pla d'actuació per prevenir els efectes de l'ona de calor sobre la salut.

#### Malalties de declaració obligatòria i immigració: incidència i patró de distribució a la ciutat

De les 35 malalties de declaració obligatòria a Catalunya (sense incloure la tuberculosi i la sida), 9 presenten una incidència superior en immigrants respecte a la població autòctona. Pel que fa a les malalties transmissibles com la febre tifoide, la shigel·losi i la malaltia meningocòccica, el sistema de vigilància només pot aspirar a evitar casos secundaris.

En malalties vacunables, caldria personalitzar el calendari en aquest col·lectiu segons les característiques d'augment de risc que es trobin. Caldria tenir en compte tant la situació d'amuntegament, alimentació i accés als serveis sanitaris, com el contacte freqüent entre el país d'origen i el d'acollida. Aquesta personalització s'hauria de dur a terme en totes les edats.

#### Motius per triar els serveis d'urgència dels hospitals per problemes de salut de resolució extrahospitalària

En general, és davant els símptomes desconeguts i en els casos que fan referència a un òrgan vital quan la població pren la decisió d'anar espontàniament als serveis d'urgències hospitalaris. A partir d'aquí, es tenen en compte altres elements, sobretot el coneixement de l'oferta i el context global de la persona. Respecte de l'oferta, són importants les experiències prèvies i el coneixement dels recursos extrahospitalaris.

Respecte al context vital de la persona, el temps –quant a la disponibilitat i flexibilitat de les obligacions laborals o domèstiques–, condiciona la decisió d'acudir als serveis d'urgència dels hospitals. El temps d'espera en un servei d'urgències hospitalari no és valorat negativament pels pacients que l'han utilitzat per patologies no greus.

Caldria millorar l'accessibilitat dels serveis extrahospitalaris, sobretot adaptant-los a la realitat social de la població a la qual donen servei, i especialment pel que fa a donar cobertures horàries àmplies.

# Resumen ejecutivo

10

## Quienes somos

### La situación demográfica

La población de Barcelona a 1 de enero de 2003 es de 1.582.738 personas: 47,3 % hombres y 52,7 % mujeres. El porcentaje de personas mayores de 65 años es del 20,3 %, el 25,8 % de las cuales viven solas. La población de nacionalidad extranjera representa un 12,8 % del total.

### La situación socioeconómica

Un 65,1 % de los hombres y un 44,6 % de las mujeres de 16 años o más son población activa. La tasa de paro se sitúa en el 9,3 % el último trimestre del año 2003, aunque sigue siendo superior en las mujeres. Una quinta parte de la población es asalariada, con más mujeres eventuales y una ocupación mayoritaria en el sector servicios.

## Como vivimos

### El medio ambiente

La calidad del aire, del agua de consumo de abastecimiento público y de las aguas de mar está dentro de los límites normativos establecidos actualmente y que monitorizan los servicios municipales de vigilancia ambiental.

### Los comportamientos

Un 31,4 % de los hombres y un 37,7 % de las mujeres de Barcelona declaraban ser sedentarios en su tiempo libre. Destaca Sant Andreu, donde este porcentaje es mucho más elevado. En cuanto al consumo de tabaco, Ciutat Vella es el distrito donde hay más hombres fumadores y Sants-Montjuïc y Sarrià-Sant Gervasi donde hay más mujeres fumadoras.

Durante el año 2003 un 42 % de todos los inicios de tratamiento por drogas ilegales y un 53 % de las urgencias en consumidores de droga fueron por cocaína. Se detectó cocaína en un 56 % de las muertes por reacción aguda adversa a las drogas. El año 2003 es la primera vez desde el año 1999 que se interrumpe la tendencia a la baja de mortalidad por sobredosis.

## Los servicios sanitarios

En el año 2003 ha finalizado el proceso de reforma de las 66 áreas básicas de salud. Sin embargo, persisten problemas en algunos centros relacionados con la calificación y la dedicación de los profesionales y con la adecuación de los locales, que han de mejorarse.

El número de urgencias atendidas en los servicios hospitalarios, extrahospitalarios y SCUB-061 sigue en aumento, así como la actividad de urgencias de los centros de atención continuada. La utilización de los servicios hospitalarios públicos se ha incrementado desde 1995, situándose en 102,5 por 1.000 habitantes en el año 2003. Los recursos públicos de atención sociosanitaria y de atención a la salud mental han aumentado, aunque precisan aún de expansión cuantitativa.

Las coberturas vacunales de hepatitis A y B son del 90,2% y de tétanos-difteria del 83,6 %. La campaña extraordinaria de vacunación escolar antimeningitis C realizada el año 2003 alcanzó una cobertura del 83 %. Durante el año 2003 también se puso en marcha una campaña específica de vacunación contra la hepatitis A y B en el colectivo de homosexuales.

En el año 2003 el Programa de detección precoz del cáncer de mama llegó a todos los distritos de la ciudad.

## Nuestra salud

### La salud percibida

Un 79 % de los hombres de Barcelona de 15 años o más declaran tener un estado de salud percibida bueno o muy bueno. Las mujeres y la gente mayor declaran tener peor estado de salud. Los distritos con peor salud percibida son Ciutat Vella y Nou Barris, mientras que el distrito con mejor salud percibida es el de Sarrià-Sant Gervasi.

### La salud maternoinfantil

El número de nacimientos vuelve a aumentar desde los primeros años de esta década. La tasa de embarazos en el grupo de mujeres menores de 20 años es muy baja, pero con cierta tendencia al aumento. El porcentaje de embarazadas que visita por primera vez al obstetra durante el primer trimestre supera el 96 %. Otro aspecto positivo es la disminución constante del porcentaje de mujeres embarazadas que fuman.

## Los problemas de salud específicos

### La tuberculosis

El cambio más importante que se ha producido en el año 2003 en relación con la tuberculosis en la ciudad ha sido el aumento de enfermos extranjeros, que representan el 33,8 % de los casos nuevos.

### La infección VIH-sida

En los últimos dos años, los casos declarados de sida han interrumpido su tendencia decreciente y se han estabilizado, al igual que la mortalidad por esta causa.

### Las lesiones por accidentes

#### Las lesiones por accidentes de tráfico

Del conjunto de residentes lesionados por accidente de tráfico, el 20,7 % fueron peatones atropellados, un tercio circulaban en vehículos de dos ruedas, el 40,3 % en turismo y el 3,4 % en otros vehículos como autobús, camión o bicicleta.

#### Les lesiones por accidentes de trabajo

El aumento más importante que se ha dado en el año 2003 ha sido el de las lesiones por accidentes *in itinere*, así como el incremento de lesiones por accidentes de trabajo en el sector de la construcción.

### La mortalidad

La esperanza de vida en la ciudad de Barcelona ha seguido aumentando, siendo el año 2002 de 76,4 años en los hombres y de 83,1 años en las mujeres. La mortalidad sigue siendo desigual entre los distritos de la ciudad, siendo Ciutat Vella -y sobretodo en el caso de los hombres- el que presenta más mortalidad.

En lo que se refiere a las causas, en los jóvenes sigue destacando el sida y las lesiones por accidentes de tráfico, en los adultos destacan el cáncer de pulmón, la enfermedad isquémica del corazón y el cáncer de mama y en la gente mayor las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón.

### Monográficos

#### Impacto de la ola de calor sobre la salud en la ciudad de Barcelona en el verano de 2003

El aumento sostenido de las temperaturas durante el verano de 2003 tuvo un impacto en la mortalidad. Durante el mes de agosto en Barcelona, unas 400 muertes estuvieron relacionadas con

el incremento de la temperatura. Este aumento de mortalidad afectó sobre todo a las personas mayores de 70 años.

En Barcelona y en el resto de Cataluña, para prevenir y disminuir los efectos que podría tener una nueva ola de calor, se ha diseñado y se ha puesto en marcha en junio de 2004 un Plan de actuación para prevenir los efectos de la ola de calor sobre la salud.

#### Enfermedades de declaración obligatoria e inmigración: incidencia y patrón de distribución en la ciudad

De las 35 enfermedades de declaración obligatoria en Cataluña (sin incluir la tuberculosis y el sida), 9 presentan una incidencia superior en los inmigrantes con respecto a la población autóctona. En lo que se refiere a las enfermedades transmisibles como la fiebre tifoidea, la sigelosis y la enfermedad meningocócica, el sistema de vigilancia sólo puede aspirar a evitar casos secundarios.

En enfermedades vacunables, sería necesario personalizar el calendario en este colectivo según las características de aumento de riesgo que se encuentran. Debería tenerse en cuenta la situación de hacinamiento, alimentación y acceso a los servicios sanitarios, así como el contacto frecuente entre el país de origen y el de acogida. Esta personalización se debería llevar a cabo en todas las edades.

#### Motivos para escoger los servicios de urgencia de los hospitales para problemas de salud de resolución extrahospitalaria

En general, es frente a síntomas desconocidos y en los casos que hacen referencia a un órgano vital cuando la población toma la decisión de ir espontáneamente a los servicios de urgencias hospitalarios. A partir de aquí, se valoran otros elementos, sobre todo el conocimiento de la oferta y el contexto global de la persona. Con respecto a la oferta, son importantes las experiencias previas y el conocimiento de los recursos extrahospitalarios.

Con referencia al contexto vital de la persona, el tiempo –en cuanto a disponibilidad y a flexibilidad de las obligaciones laborales o domésticas–, condiciona la decisión de acudir a los servicios de urgencia de los hospitales. El tiempo de espera en un servicio de urgencias hospitalario no es valorado negativamente por quienes lo han utilizado para patologías no graves.

Debería mejorarse la accesibilidad a los servicios extrahospitalarios, sobre todo adaptándolos a la realidad social de la población a la que dan servicio, y especialmente en lo que se refiere a dar coberturas horarias amplias.



# Executive Summary

12

## Who are we?

### Demographic situation

The population of Barcelona, on 1 January 2003, was 1.582.738 inhabitants, 47,3 % men, and 52,7 % women. The percentage of people aged over 65 years was 20,3%, of whom 25,8 % were living alone. Foreign nationalities represented 12,8 % of the total population.

### Socio-economic situation

The active population is comprised of 65,1 % of men and 44,6 % of women aged over 17 years. The rate of unemployment was 9,3 % in the last quarter of 2003. One fifth of the active population are salaried workers, there are more women in temporary jobs, and most people work in the services sector.

## How do we live?

### The environment

Quality of air, drinking water, and coastal waters are all within limits specified by current legislation, and are constantly monitored by municipal environmental surveillance services.

### Behaviours

31,4 % of men, and 37,7 % of women in Barcelona reported being sedentary in their leisure time. The district of Sant Andreu had notably high percentages in this respect. Regarding smoking, more male smokers were observed in the Ciutat Vella district, whereas in the districts of Sants-Montjuïc and Sarrià-Sant Gervasi, there were more female smokers.

During 2003, 42 % of all admissions to treatment for illegal drugs, and 53 % of all emergencies among drug users, were related with cocaine. Cocaine was detected in 56 % of deaths due to adverse drug reaction. The decline in overdose deaths, observed since 1999, was interrupted for the first time in 2003.

### Health services

The reform process of all the 66 primary health

centres of the city, was finalized in 2003. Some problems persist however, in certain primary care centres, related with qualifications and working hours, as well as with adaptation of buildings, which must be improved.

Emergency visits continue to rise in all services: hospital-based, non-hospital-based, and ambulances. Utilization of public hospital services has risen since 1995, reaching 102,5 admissions per 1.000 inhabitants in the year 2003. Public social-work and mental health care resources have both increased, although further expansion is still required.

Hepatitis A and B vaccination coverage was 90,2 %, while that for tetanus-diphtheria was 83,6 %. A special school campaign for meningitis C vaccination carried out in 2003 achieved 83 % coverage. The year 2003 also saw the initiation of a specific campaign for hepatitis A and B vaccination among homosexuals.

As from 2003, the Breast Cancer Screening Program is now operating in all city districts.

## Our health

### Perceived health

79 % of men aged over 15 years in Barcelona declare having a health status of good or very good. Women and the elderly declare having a poorer health status. The districts with worst self-assessed health are Ciutat Vella and Nou Barris, while that with the best self-assessed health is Sarrià-Sant Gervasi.

### Maternal and child health

The number of births is rising again since the beginning of the current decade. The rate of pregnancies among women aged under 20 years is very low, but appears to have an upward trend. The percentage of pregnant women who visit an obstetrician for the first time during the first three months of pregnancy is over 96 %. Another positive aspect is the steady decline in the percentage of women who smoke during pregnancy.

### Specific health problems

#### Tuberculosis

The most important tuberculosis-related change in the city, in 2003, was the increase in number of foreign-born patients, who accounted for 33,8 % of new cases.

#### HIV infection-AIDS

In the last two years, notification of AIDS cases has ceased to decline, and has stabilized, as has mortality for this cause.

## Injuries

### Traffic injuries

Of the total of residents injured in a traffic accident, 20,7 % were pedestrians knocked down, a third were travelling in two wheels vehicles, 40,3 % in tourisms, and 3,4 % in other vehicles like bus, truck and bicycle.

### Work-accident injuries

The most important increase in 2003 has been among injuries due to accidents *in itinere*, although there has also been a rise in injuries among construction workers.

### Mortality

Life expectancy in Barcelona city has continued to rise, and reached 76,4 years among men, and 83,1 years among women in the year 2002. Mortality continues to present inequalities between city districts, Ciutat Vella having the highest rates, particularly among men.

With regard to causes of death, AIDS and traffic injuries continue to particularly affect the young. Among adults the leading causes are lung cancer, ischemic heart disease and breast cancer, while among the elderly, cardiovascular diseases and lung cancer are the main causes of death.

## Monographic topics

### Impact of the summer 2003 heat wave on health in the city of Barcelona

The sustained elevation in temperatures during the summer of 2003 had an impact on mortality. In Barcelona during the month of August, some 400 deaths were related to the high temperature. This increase in mortality particularly affected persons aged over 70 years.

In Barcelona, as in the rest of Catalonia, an attempt is being made to reduce or prevent the effects which another heat wave could have, through the implementation of a specific Plan (plan of action to prevent the effects on health of a heat wave), that has began in June 2004.

## Notifiable diseases and immigration: incidence and distribution patterns

Of the 35 notifiable diseases in Catalonia (not counting tuberculosis or AIDS), nine present higher incidence among immigrants than among the autochthonous population. With respect to the contagious diseases such as typhoid fever, shigellosis and meningitis the surveillance system can only aspire to the prevention of secondary cases.

In the case of vaccine-preventable diseases, the calendar should be "personalised" in this group, depending on the risk characteristics observed. Situations of overcrowding, diet and access to health services must be taken into account in these cases, as well as the fact of frequent contacts with both country of origin and country of adoption. Such personalisation would have to be implemented for all age groups.

## Reasons for choosing hospital emergency services to resolve non-hospital emergency health problems

In general it is the appearance of unrecognised symptoms, or those affecting some vital organ, that provoke the decision, among the general public, to spontaneously visit a hospital emergency department. Other elements are then considered, above all knowledge of available services, and the individual's particular situation. Regarding availability of services, previous experiences and knowledge of the existence of non-hospital-based resources play an important role.

With respect to the individual's situation, the decision to go to the emergency department depends on having time to do so, fitting in with work and domestic obligations. Time spent waiting in hospital emergency services is not considered a negative factor by those who have attended for minor pathologies.

Accessibility of non-hospital-based services should be improved, above all adapting them to the social reality of the population they serve, particularly with regard to extending opening hours.

# La salut i els seus determinants

14

La salut de les poblacions està canviant. D'una banda, l'esperança de vida està augmentant, a la vegada que disminueix la fecunditat. D'altra banda, el perfil de les principals malalties i causes de mort s'està transformant, tot emergint nous problemes de salut i creixent la càrrega que suposen les malalties no transmissibles. Finalment, les desigualtats en salut entre les classes més i menys privilegiades es fan més grans, tant dins cada país com entre països. El futur de la salut de les poblacions dependrà també del procés de globalització i dels canvis mediam-bientals que es produeixin<sup>1</sup>.

A més de les causes immediates de la salut i les malalties, hi ha d'altres factors que hi influeixen. Existeixen diferents models que intenten explicar aquestes relacions<sup>2,3</sup>. Per a aquest informe de «La salut a Barcelona 2003» hem escollit el model de Dahlgren i Whitehead<sup>2</sup> (veure Figura 1, pàgina 15). Aquest model, útil sobretot per dissenyar polítiques d'intervenció, es basa en l'existència de diferents capes d'influència, on cadascuna

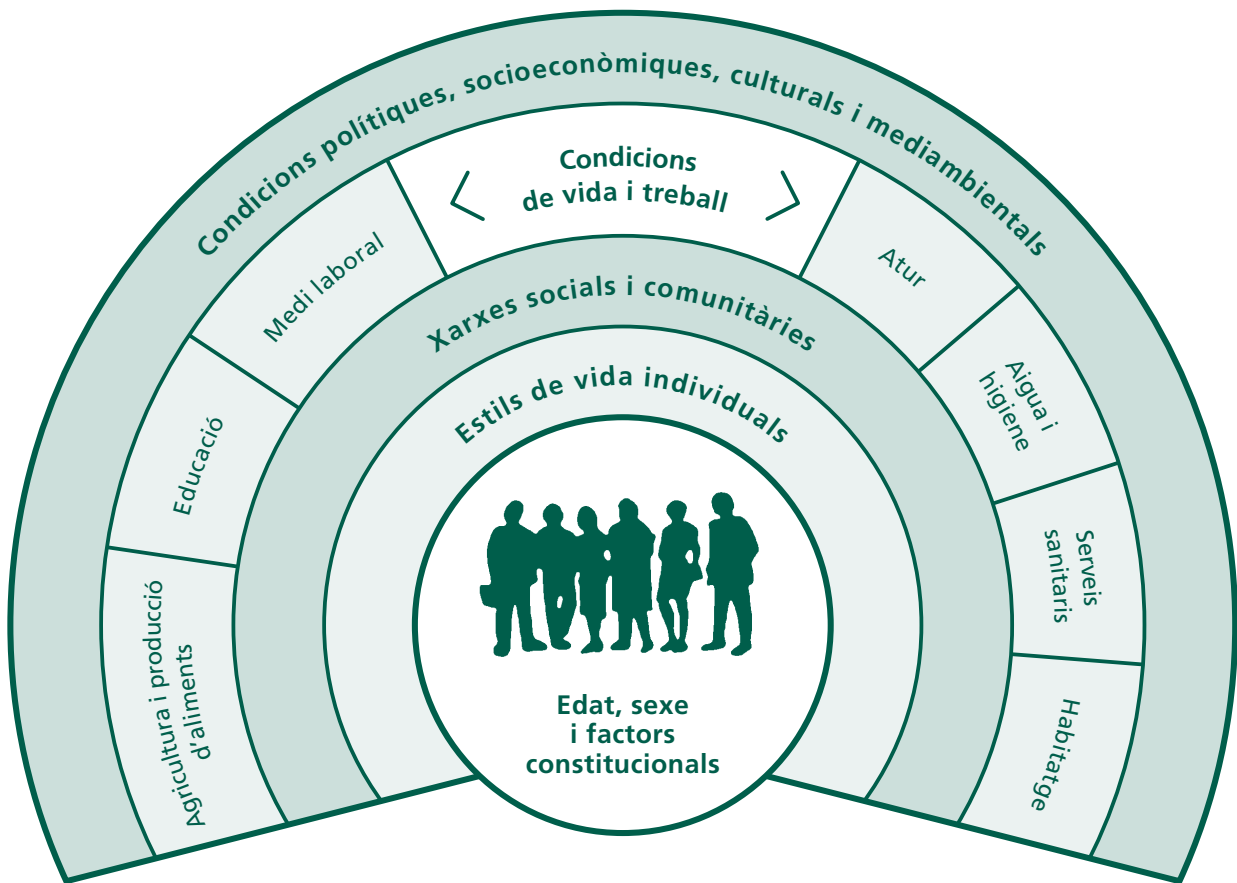
influeix en les altres. En el centre hi ha els factors individuals que afecten la salut, com són l'edat, el sexe i els factors hereditaris. Aquests factors són fixes i no poden ser modificats. Al voltant d'aquests factors, n'hi ha d'altres que no són fixes i, per tant, sí susceptibles d'intervenció. En una primera capa estan els estils de vida, amb una influència clara i directa sobre la salut de les persones. En una segona capa es troben les influències socials i comunitàries, ja que la interacció amb les persones de l'entorn immediat (familiars, amics, veïns, etc.) també afecta la salut. A continuació estan les condicions de vida i treball: l'agricultura i la producció d'aliments, l'educació, el medi laboral, l'atur, l'aigua i la higiene sanitària, els serveis sanitaris i l'habitatge. I com a últim embolcall estan les condicions polítiques, socioeconòmiques (incloent l'estructura social), culturals i mediambientals.

En aquest informe, es tenen en compte la majoria dels factors anomenats anteriorment a l'hora de descriure l'estat de salut de la població de la ciutat de Barcelona. En una primera part de l'informe s'explica «Qui som», amb una descripció de la situació demogràfica i socioeconòmica de la ciutat de Barcelona. En una segona part es detalla «Com vivim», que engloba els aspectes de medi ambient, comportaments i serveis sanitaris. Per últim s'analitza «La nostra salut», on es descriu la salut percebuda, la salut maternoinfantil, els problemes de salut específics, les lesions per accidents i la mortalitat.

## Referències bibliogràfiques

- 1 Beaglehole R. *Determinants of health and disease, Overview and framework*. A: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford textbook of Public Health. Fourth edition. The scope of Public Health. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- 2 Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: World Health Organisation, 1991.
- 3 Navarro V. *Introduction: Objectives and purposes of the study. Special report on the political and social contexts of health*. Part I. Int J Health Services 2003;33:407-417.

Figura 1. Model dels determinants de la salut.



Font: modificat de Dahlgren i Whitehead<sup>2</sup>.







# Qui som

17

## Presentació

Resum executiu  
Resumen ejecutivo  
Executive Summary  
La salut i els seus determinants

## Qui som

La situació demogràfica  
La situació socioeconòmica

## Com vivim

El medi ambient  
L'aire  
El soroll  
Les aigües de mar  
Les aigües de consum de proveïment públic  
La seguretat i higiene dels aliments  
Els comportaments  
Les conductes relacionades amb la salut  
L'abús de substàncies psicoactives  
L'ús de drogues no institucionalitzades  
L'alcohol  
Els serveis sanitaris  
La utilització de serveis sanitaris  
L'atenció primària de salut  
L'atenció a les urgències  
L'atenció especialitzada hospitalària  
L'atenció sociosanitària  
L'atenció a la salut mental  
L'atenció a la salut pública

## La nostra salut

La salut percebuda  
La salut maternoinfantil  
Els problemes de salut específics  
La tuberculosi  
La infecció VIH-sida  
Les lesions per accidents  
Les lesions per accidents de trànsit  
Les lesions per accidents de treball  
La mortalitat

## Monogràfics

Impacte de l'ona de calor sobre la salut a la ciutat de Barcelona l'estiu del 2003.  
Malalties de declaració obligatòria i immigració: incidència i patró de distribució a la ciutat.  
Motius per triar els serveis d'urgència dels hospitals per problemes de salut de resolució extrahospitalària.

## La salut a Barcelona 2003 en xifres

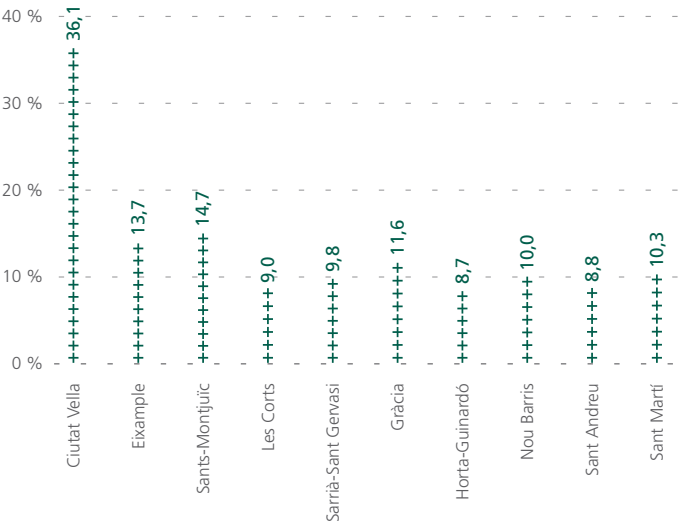
# La situació demogràfica

18

Segons les dades de 2003 del *Instituto Nacional de Estadística*, la població de Barcelona és de 1.582.738 persones, amb una composició per sexes d'un 47,3 % homes i d'un 52,7 % de dones. Segons dades del cens de població de 2001, continua incrementant-se el percentatge de persones majors de 65 anys, que actualment és del 20,3 %, i és sobretot el grup de majors de 75 anys el grup que presenta el major increment. També han augmentat les persones grans que viuen soles (un 25,8 % dels majors de 65 anys). A la *Taula 1* poden veure's altres indicadors socials de la ciutat (*veure Taula 1, pàgina 58*).

Cal assenyalar l'increment de població de nacionalitat estrangera, que ha passat de ser d'un 1,4 % l'any 1991 a un 4,9 % l'any 2001 i un 12,8 % el gener de 2004 (*veure Quadre 1*). A la *Figura 1* pot veure's la distribució de la població de nacionalitat estrangera per districtes. El col·lectiu més nombrós és el provinent d'Amèrica del Sud que representa el 44,3 % de tots els estrangers, en particular d'Equador, Colòmbia, Perú i Argentina. Els col·lectius provinents de Pakistan, Xina i Marroc, són els altres d'origen més nombrós.

**Figura 1.** Distribució de la població de nacionalitat estrangera per districtes. Barcelona, 2003.



Font: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

**Quadre 1.** Indicadors socials. Barcelona, 2003.

Densitat de població	15.677/km <sup>2</sup>
% Població de 65 anys o més	20,3 %
Població de nacionalitat estrangera	12,8 %
Taxa d'atur	9,3 %
% Persones amb ingressos inferiors al 60% de la renda mitjana de la població	12,0 %
% Llars amb connexió a internet	50,1 %
% Desplaçaments de la població en transport públic	39,5 %*
% Habitatges construïts (iniciats) de promoció pública	10,1 %*
% Població que disposa de vehicle (1 o més)	63,9 %**
% Població que manifesta haver tingut alguna experiència de victimització	19,9 %

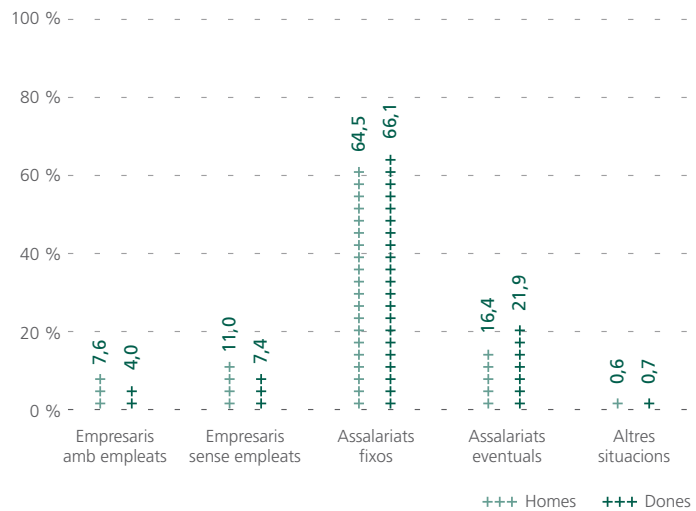
Font: Observatori Barcelona i Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.  
Nota: \*2002; \*\*2001.

# La situació socioeconòmica

Les taxes d'activitat i ocupació es van incrementar lleugerament durant el 2003 de forma més clara entre els homes (veure Taula 2, pàgina 59). La taxa d'activitat recollida en l'Enquesta de Població Activa (EPA) del darrer trimestre de 2003 va ser del 54,1 % (65,1 % la dels homes i 44,6 % la de les dones), mentre que la d'ocupació va ser del 49,1 % (60,1 % i 39,6 %, respectivament). Al llarg de l'any ha disminuït la taxa d'atur que ha passat de l'11,5 % el darrer trimestre de 2002 al 9,3 % el mateix trimestre d'enguany, malgrat que continua sent superior entre les dones. Segons les dades del darrer cens de població de 2001, el 15,3 % de la població ocupada de la ciutat pertanyia a la categoria d'empresaris (amb o sense empleats), mentre que el 18,9 % era població assalariada eventual. Quasi una cinquena part dels homes ocupats estaven en la primera situació, mentre que les dones representaven l'11,4 %. Les diferències entre assalariats d'ambdós sexes es donaven sobretot quant a la proporció d'eventualitat; doncs, una mica més d'una cinquena part de les dones ocupades eren assalariades eventuais (21,9 %), per comparació al 16,4 % dels homes (veure Figura 2).

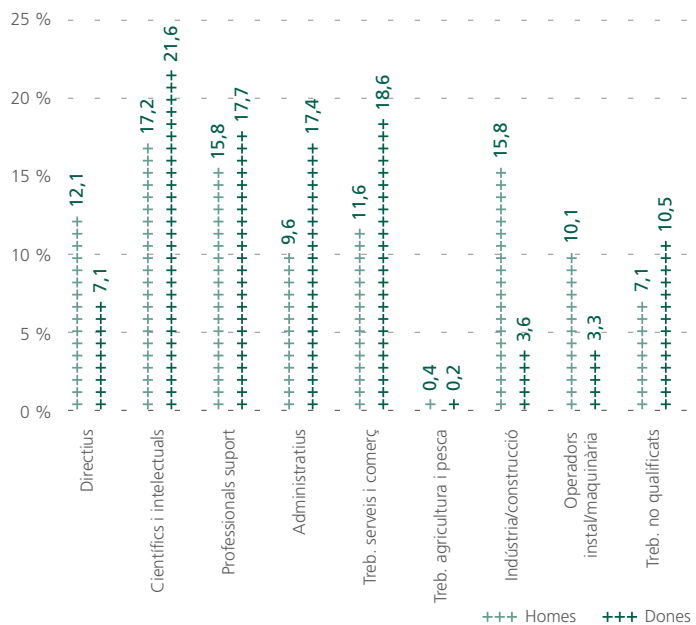
Tres quartes parts de la població ocupada treballava en el sector econòmic de serveis, mentre que les ocupacions més freqüents eren les de tècnic, professional científic i intel·lectual. El 18,6 % de les dones eren treballadores de serveis i comerç i el 17,4 % administratives. El treball qualificat en la indústria o construcció era una de les ocupacions més freqüents dels homes (15,8 %), així com el fet que treballar d'operador d'instal·lacions i maquinària era tres vegades més freqüent entre ells (veure Figura 3).

**Figura 2.** Distribució de la població ocupada segons situació professional i sexe. Barcelona, 2001.



Font: cens de població i habitatge 2001. Instituto Nacional de Estadística. Institut d'Estadística de Catalunya. Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

**Figura 3.** Distribució de la població ocupada segons ocupació i sexe. Barcelona, 2001.



Font: cens de població i habitatge 2001. Instituto Nacional de Estadística. Institut d'Estadística de Catalunya. Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.







# Com vivim

21

## Presentació

Resum executiu  
Resumen ejecutivo  
Executive Summary  
La salut i els seus determinants

## Qui som

La situació demogràfica  
La situació socioeconòmica

## Com vivim

El medi ambient  
L'aire  
El soroll  
Les aigües de mar  
Les aigües de consum de proveïment públic  
La seguretat i higiene dels aliments  
Els comportaments  
Les conductes relacionades amb la salut  
L'abús de substàncies psicoactives  
L'ús de drogues no institucionalitzades  
L'alcohol  
Els serveis sanitaris  
La utilització de serveis sanitaris  
L'atenció primària de salut  
L'atenció a les urgències  
L'atenció especialitzada hospitalària  
L'atenció sociosanitària  
L'atenció a la salut mental  
L'atenció a la salut pública

## La nostra salut

La salut percebuda  
La salut maternoinfantil  
Els problemes de salut específics  
La tuberculosi  
La infecció VIH-sida  
Les lesions per accidents  
Les lesions per accidents de trànsit  
Les lesions per accidents de treball  
La mortalitat

## Monogràfics

Impacte de l'ona de calor sobre la salut a la ciutat de Barcelona l'estiu del 2003.  
Malalties de declaració obligatòria i immigració: incidència i patró de distribució a la ciutat.  
Motius per triar els serveis d'urgència dels hospitals per problemes de salut de resolució extrahospitalària.

## La salut a Barcelona 2003 en xifres



# L'aire El soroll

22

## L'aire

L'any 2003 es varen donar valors de diòxid de sofre i plom per sota els valors límits màxims establerts per l'any 2005, i valors de monòxid de carboni per sota el valor límit màxim establert per l'any 2010. L'ozó no ha superat en cap de les estacions de mesura de la ciutat el valor objectiu per al 2010 de protecció de la salut. S'ha superat solament un dia el llindar d'informació a la població. Pel que fa a les partícules en suspensió PM10 s'ha superat el nivell diari tolerat a l'Eixample i el valor mitjà anual tolerat en les estacions de trànsit.

El diòxid de nitrogen no ha superat en cap estació el valor límit vigent fins l'any 2010. S'ha superat el valor tolerat de 54 µg/m³ (valor límit per al 2010 més el marge de tolerància per l'any 2003) per a la mitjana anual a les estacions de

Gràcia-Sant Gervasi i Poblenou, però no a les de l'Eixample i de Sants. D'altra banda, només l'estació de Poblenou ha ultrapassat el nombre de superacions permeses del valor tolerat per a la mitjana horària (veure Quadre 1 i 2).

**Quadre 1.** Mitjana anual i horària dels valors de diòxid de nitrogen a les estacions de mesura. Barcelona, 2003.

Estació	Mitjana anual (µg/m³)	Màxim horari (µg/m³)
Eixample	54	204
Gràcia-Sant Gervasi	69	260
Poblenou	57	277
Sants	37	195

Font: Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental, Ajuntament de Barcelona.  
Notes: el valor màxim tolerat per la mitjana anual és de 54 µg/m³ (valor límit per al 2010 més marge de tolerància per l'any 2003). El valor màxim tolerat per la mitjana horària és de 270 µg/m³ (valor límit per al 2010 més marge de tolerància per l'any 2003).

**Quadre 2.** Mitjanes anuals de contaminants atmosfèrics. Barcelona, 1996-2003.

Contaminant (µg/m³)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Diòxid de nitrogen (NO <sub>2</sub> )	53	53	57	54	55	49	54	55
Monòxid de carboni (CO)	1,1	1,3	1,3	1,2	0,9	0,8	0,8	0,7
Ozó (O <sub>3</sub> )	28	29	26	31	32	26	27	30
Partícules totals en suspensió	118	130	119	125	110	102	90	-
Plom (Pb)	0,21	0,24	0,18	0,13	0,12	0,07	0,04	0,02

Font: Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental, Ajuntament de Barcelona.

## El soroll

Durant aquest any ha continuat el desenvolupament del Programa marc de minoració de la contaminació acústica, que inclou la realització de més de 50 actuacions de naturalesa variada que van des de l'aplicació de paviment sonorreductor a la promoció de subvencions per a l'aïllament acústic dels edificis, o bé la realització de tasques d'educació i sensibilització ambiental. Cal destacar especialment les actuacions en les línies que es van considerar com a prioritàries per part de la Taula del soroll, com són les actuacions sobre les motocicletes, la millora de la gestió de les queixes de soroll, les obres a la via pública i els avisadors acústics de les ambulàncies.

Per la seva incidència en la qualitat de vida dels ciutadans, caldria destacar la Campanya de terrasses estiu 2003. Aquesta campanya pretenia fer compatible l'oci al carrer a les nits d'estiu amb el descans dels veïns i veïnes de la zona. Per això es van realitzar una sèrie d'accions de sensibilització tant a la propietat com als clients dels establiments, i es va intensificar el control del compliment de les ordenances municipals tant pel que fa als establiments com a l'espai públic. El 2003 va ser el tercer estiu en que es va dur a terme aquesta campanya en la que hi varen participar tots els districtes de la ciutat. També cal fer especial esment de l'adquisició i posada en funcionament l'any 2003 de la Unitat d'anàlisi acústica, que dona suport a tots els districtes en les mesures de soroll d'especial complexitat, realitza estudis de soroll ambiental, i duu a terme tasques de sensibilització tant a escolars com a ciutadans.

# Les aigües de consum de proveïment públic

## Les aigües de mar

### Les aigües de consum de proveïment públic

L'aspecte més remarcable ha estat la publicació el 7 de febrer de 2003 del Reial Decret R.D. 140/2003 que estableix els criteris sanitaris de la qualitat de les aigües de consum. Tal com disposa l'esmentat Reial Decret, el control sanitari de les aigües de consum es realitza a tres nivells:

- + autocontrol, per part del gestor del subministrament,
- + vigilància sanitària, per part de l'autoritat sanitària corresponent,
- + control a l'aixeta del consumidor, per part del municipi.

Pel que fa a la ciutat de Barcelona, tots el paràmetres microbiològics, químics i indicadors de qualitat investigats a les aigües representatives de les tres zones d'abastament a la ciutat, per part de la companyia gestora del subministrament i per part de la Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental, compleixen amb els valors paramètrics establerts pel Reial Decret.

Al quadre següent es presenten les mitjanes dels valors durant l'any 2003 de les concentracions de diversos paràmetres químics, rellevants per a la salut pública, a l'aigua de distribució de Barcelona, segons si l'origen del subministrament són les aigües del Ter o del Llobregat (veure Quadre 3).

**Quadre 3.** Mitjanes dels valors de concentracions de substàncies, segons l'origen de l'aigua de distribució. Barcelona, 2003.

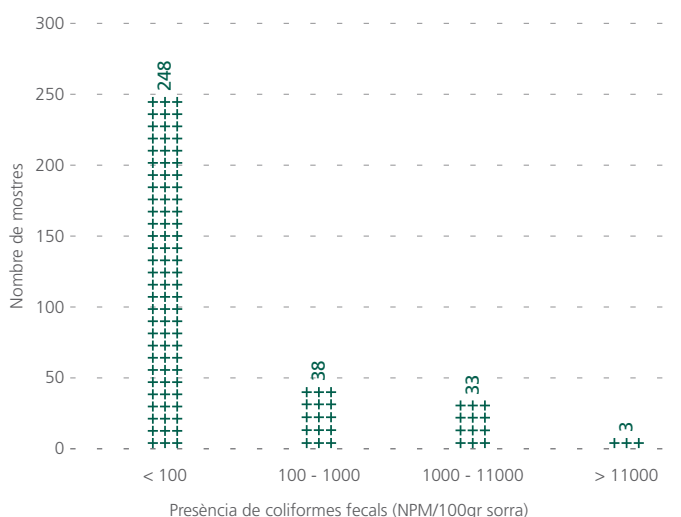
Paràmetre	Unitats	Llobregat	Ter
Fluorur	mg/l	0,14	< 0,10
Nitrat	mg/l	10,88	8,64
Bor	mg/l	0,177	0,087
Coure	mg/l	0,011	< 0,010
Níquel <sup>1</sup>	µg/l	5	< 5
Total trihalometans <sup>2</sup>	µg/l	145,15	102,00
Triclorete + Tetraclorete <sup>3</sup>	µg/l	0,68	< 0,50

Font: Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental, Ajuntament de Barcelona.  
Nota: A partir del 1/01/2004 s'han de complir valors paramètrics límit de: <sup>1</sup>20 µg/l, <sup>2</sup>150 µg/l, <sup>3</sup>10 µg/l.

### Les aigües de mar

La qualitat sanitària de l'aigua de les platges de Barcelona durant la temporada de bany de 2003 compleix els requeriments establerts a la normativa vigent sobre les normes de qualitat de les aigües de bany, tant pel que fa referència als paràmetres microbiològics com als físicoquímics (R.D. 734/88). La determinació d'elements tòxics (metalls pesants i cianurs), tensioactius i plaguicides a l'aigua de línia de costa de les platges ha donat concentracions inferiors al límit de detecció de la tècnica analítica utilitzada. El 86 % de les mostres analitzades tenien una presència de coliformes fecals a la sorra en concentració < 100 NPM/100 gr, la qual cosa permet qualificar la seva qualitat microbiològica de molt bona (veure Figura 1).

**Figura 1.** Presència de coliformes fecals a la sorra de les platges. Barcelona, 2003.



Font: Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental, Ajuntament de Barcelona.

## La seguretat i higiene dels aliments

24

Els serveis d'inspecció sanitària protegeixen la salut dels consumidors exercint tasques de vigilància i control sobre els establiments i aliments de la ciutat. L'existència d'aquesta pressió inspectora té com a conseqüència que s'assoleixin nivells superiors, per part dels establiments alimentaris, en aspectes com el compliment normatiu, l'autocontrol i l'adequada formació en matèria d'higiene alimentària del personal manipulador d'aliments. Aquests nivells de qualitat són superiors als que s'aconseguirien si no es controlés i supervisés des del punt de vista higienicosanitari l'activitat del sector productor. Al cap i a la fi, aquest fet resulta en l'existència i disponibilitat per al consumidor d'aliments saludables i segurs.

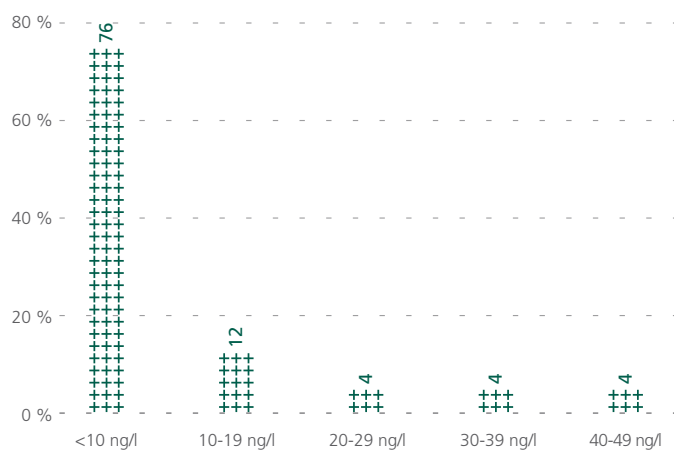
Mitjançant el Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), s'avalua la presència o els nivells de determinats additius i contaminants químics i microbiològics en diversos aliments. Dels resultats obtinguts es detallen tres aspectes: els corresponents a l'aflatoxina M<sub>1</sub>, als policlorobifenils (PCB) i als plaguicides. Així, cal remarcar els baixos nivells d'aflatoxina M<sub>1</sub> (metabolit carcinogen produït pels fongs) detectats en les mostres de llet analitzades. En aquest sentit el 76 % de les mostres tenen nivells inferiors al límit de quantificació de 10 ng/l, i en el 24 % restant s'han detectat amb un rang de valors que va dels 14,0 als 49,0 ng/l, tots per sota el valor límit reglamentat de 50 ng/l d'aflatoxina M<sub>1</sub> (veure Figura 2). Es posa de manifest la necessitat d'extremar els controls, doncs, encara que a baixos nivells, es constata la presència d'aquest metabolit; la qual cosa significa que l'aflatoxina B<sub>1</sub> (a partir de la qual es forma la M<sub>1</sub>) ha estat present en el farratge o els pinsos amb què han estat alimentats els animals dels quals s'ha obtingut la llet analitzada.

Els policlorobifenils (PCB), com a contaminants orgànics persistents en el medi ambient, poden ser presents a la cadena alimentària i ser un risc per a la salut del consumidor. Per tal d'avaluar la possible presència de PCB (PCB 28, 52, 101, 118, 138, 153 i 180) s'han analitzat 165 mostres d'aliments corresponents a carns fresques, fetges, ous, llets, mantega, productes de la

pesca i olis, no havent-se detectat en cap de les determinacions efectuades (límits de quantificació de 7 µg/Kg per al PCB 28 i 52, i de 5 µg/Kg per a la resta de PCB).

Durant l'any 2003 s'han analitzat 234 mostres d'aliments a la recerca de plaguicides, detectant-se la seva presència en 15 de les mostres (6,4 %). Els nivells de plaguicides trobats són molt baixos i només 5 de les mostres (2,1 %) presenten valors lleugerament superiors al Límit Màxim de Residu admès (LMR). El detall dels resultats per grups d'aliments es presenta a la Taula 4 (veure Taula 1, pàgina 60). Dels resultats d'enguany, és important remarcar que un 9,4 % de les mostres analitzades presenten residus de plaguicides no persistents i que sols en el 0,9 % de les mostres es detecta la presència de plaguicides halogenats persistents; compostos d'especial rellevància en termes de salut pública pel seu caràcter acumulatiu i els seus efectes sobre la salut.

**Figura 2.** Distribució dels nivells d'aflatoxina M<sub>1</sub> en 25 mostres de llet (ng/l) segons intervals de valors. Barcelona, 2003.



Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments, Agència de Salut Pública de Barcelona.

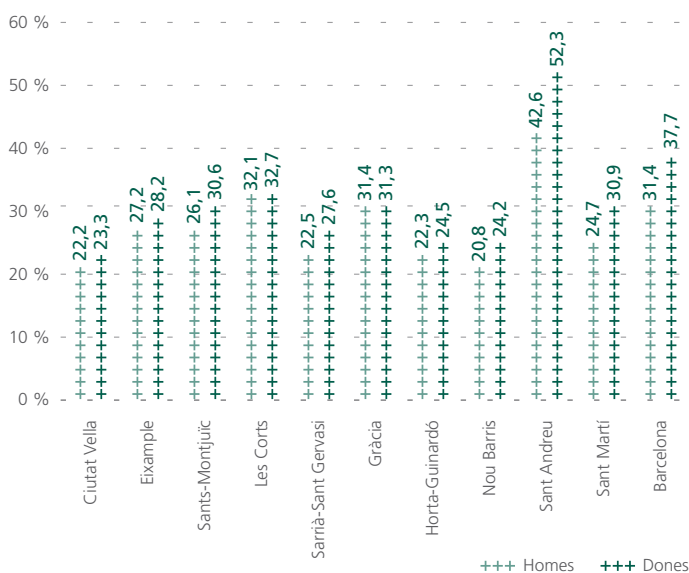
# Les conductes relacionades amb la salut

L'Enquesta de salut de Barcelona 2000 recollia informació sobre les conductes relacionades amb la salut de la població de la ciutat. L'activitat física i el consum de tabac són dues conductes relacionades amb les malalties cardiovasculars i el càncer; dues causes de mort importants a la ciutat.

Un 31,4 % dels homes i un 37,7 % de les dones de Barcelona declaraven ser sedentaris en el seu temps lliure. Destaca Sant Andreu, on aquest percentatge és molt més elevat (veure Figura 3). Cal assenyalar que l'activitat física en el temps de lleure inclou també el caminar i no només la pràctica d'esports. Quant al consum de tabac, també varia amb la classe social. Especialment pel que fa als homes, les classes socials menys afavorides són les que tenen un percentatge de fumadors més elevat. Ciutat Vella és el districte on hi ha més homes fumadors (el 41,1 %) i Sants-Montjuïc i Sarrià-Sant Gervasi on hi ha més dones fumadores (25,2 % en tots dos casos) (veure Figura 4).

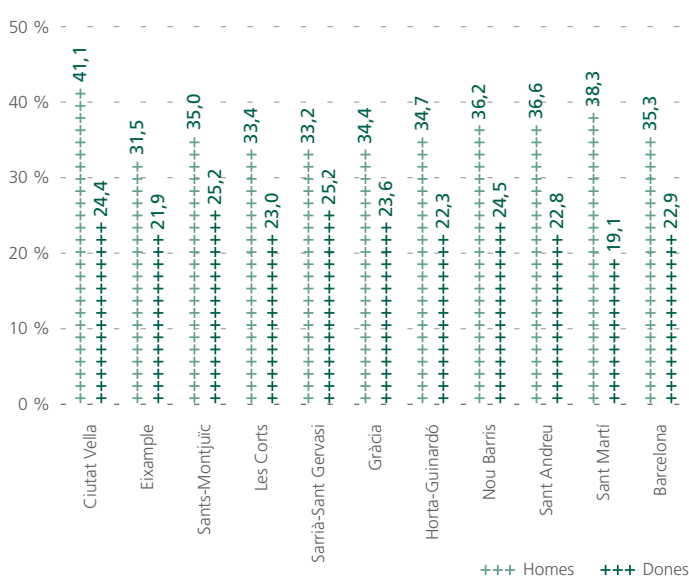
L'Enquesta de Salut de Barcelona 2000 va realitzar-se de febrer de 2000 a gener de 2001, mitjançant entrevista personal a 10.000 habitants de la ciutat de Barcelona, i té representativitat a nivell de districte.

**Figura 3.** Distribució de la població sedentària en el temps lliure major de 15 anys, per districte i sexe. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 4.** Distribució de la població fumadora major de 15 anys, per districte i sexe. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona.

# L'abús de substàncies psicoactives

26

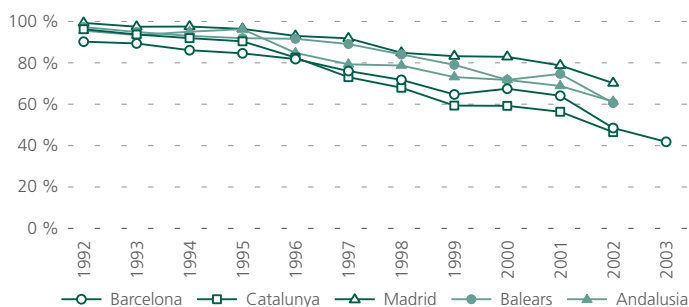
## L'ús de drogues no institucionalitzades

Durant l'any 2003 es varen notificar al Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB) 1.152 admissions per iniciar un tractament per heroïna, valor sensiblement inferior al notificat els darrers 2 anys. En els darrers 5 anys s'ha passat de 2.226 inicis per heroïna l'any 1999 a la xifra d'enguany, que representa un descens del 48 %. Barcelona i Catalunya són la ciutat i la Comunitat Autònoma que proporcionalment presenten menys admissions per heroïna (veure Figura 5).

En els darrers anys, una proporció important dels problemes detectats pels indicadors del SIDB han estat deguts a la cocaïna. Durant l'any 2003 un 42 % de tots els inicis de tractament per drogues il·legals varen ser per cocaïna, i en un 53 % de les urgències en consumidors de drogues es mencionava el consum d'aquesta substància. Així mateix, es va detectar cocaïna en un 56 % de les morts per una reacció aguda adversa a les drogues. Barcelona i Catalunya són la ciutat i la Comunitat Autònoma que proporcionalment tenen més admissions per iniciar un tractament per cocaïna (veure Figura 6). De fet, entre 1992 i el 2003, el nombre d'admesos per iniciar un tractament per aquesta droga s'ha multiplicat per 7, tot passant de 169 inicis de tractament a 1.147 l'any 2003.

La proporció dels qui utilitzaven la via injectada com a via principal de consum ha passat de ser del 75,4 % l'any 1992 a ser del 47,6 % l'any 2003, confirmant-se el descens de l'ús d'aquesta via de consum en els consumidors d'heroïna. En el consumidors de cocaïna, aquest percentatge ha passat d'un 12,4 % a un 16,9 % en el mateix període. Catalunya continua sent, conjuntament amb l'Aragó, les illes Balears i el País Basc, la Comunitat Autònoma amb més prevalença del consum injectat. Si observem les prevalències d'infecció per VIH entre els injectors de drogues, detectem una lleugera tendència a la baixa en els darrers anys, passant d'un 42 % d'infectats l'any 1996 a un 36 % l'any 2003 (veure Figura 7). Sembla que de seguir així gairebé es podrà assolir l'any 2010 l'objectiu del Pla de salut de Barcelona de reduir la prevalença d'infecció per VIH en un 30 %. Tot i així, Barcelona

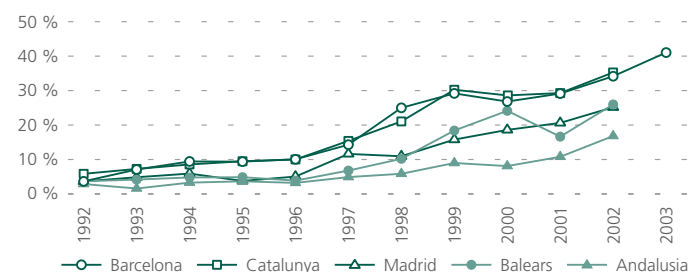
**Figura 5.** Evolució del percentatge d'inicis de tractament per heroïna\*. Barcelona i resta d'Espanya, 1992-2003.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Observatorio Español de Drogas, Plan nacional de drogas.

Nota: \*sobre el total d'inicis de tractament per substàncies psicoactives il·legals de cada territori.

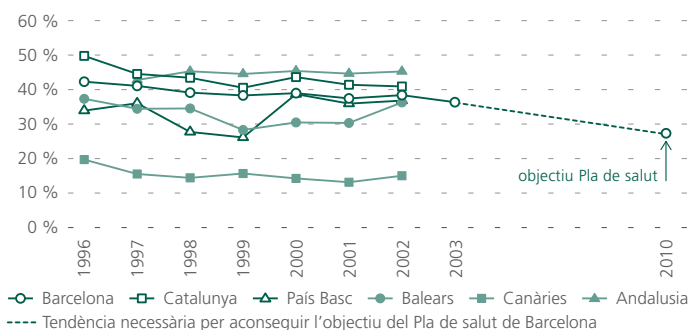
**Figura 6.** Evolució del percentatge d'inicis de tractament per cocaïna\*. Barcelona i resta d'Espanya, 1992-2003.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Observatorio Español de Drogas, Plan nacional de drogas.

Nota: \*sobre el total d'inicis de tractament per substàncies psicoactives il·legals de cada territori.

**Figura 7.** Evolució de la prevalença de l'VIH en els inicis de tractament amb antecedents d'haver-se injectat algun cop a la vida i objectiu del Pla de salut de Barcelona 2010. Barcelona i resta d'Espanya, 1996-2003.



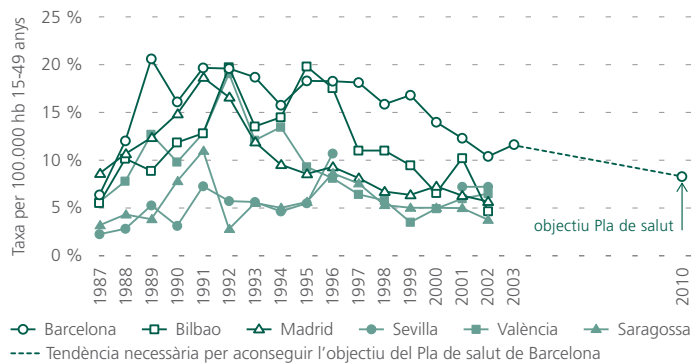
Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Observatorio Español de Drogas, Plan nacional de drogas.



i altres Comunitats Autònomes amb molt consum injectat tenen una de les prevalències d'infecció per VIH més altes de l'Estat espanyol.

Pel que fa a la mortalitat, l'any 2003 es varen morir 84 persones de sobredosi, i és la primera vegada des de l'any 1999 que no es manté la tendència a la baixa. De seguir amb la tendència actual, es veu difícil poder assolir l'any 2010 l'objectiu del Pla de salut de Barcelona (veure Figura 8) de reduir la mortalitat per sobredosi en un 30 %. Donat que el major risc de mort per sobredosi es dona en usuaris que consumeixen per via injectada, Barcelona –conjuntament amb altres ciutats del nord d'Espanya– és la zona amb les taxes de mortalitat per sobredosi més elevades de l'Estat i d'Europa. (Veure Taula 2, pàgina 60).

**Figura 8.** Evolució de la taxa de mortalitat per una reacció aguda adversa a les drogues i objectiu del Pla de salut 2010. Barcelona i resta d'Espanya, 1987-2003.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Observatorio Español de Drogas, Plan nacional de drogas.

Donat això, creiem que calen polítiques com: sales de consum repartides per la ciutat, programes de manteniment amb heroïna i intervencions d'educació sanitària per reduir tant les sobredosis –mortal o no–, com per reduir les complicacions infeccioses que el consum injectat de drogues comporta.

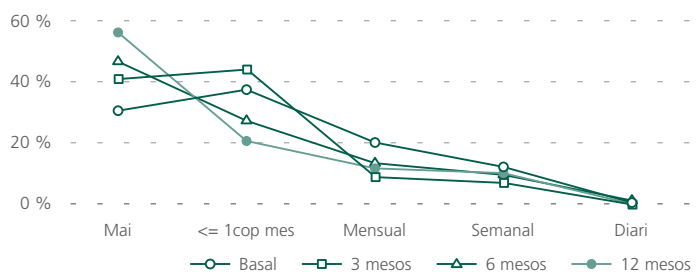
## L'alcohol

Segons dades de l'Enquesta de salut de Barcelona 2000, un 23 % dels homes i un 44,2 % de les dones de 15 anys o més declaren que no han begut durant l'últim mes, mentre que un 4 % dels homes i un 3,3 % de les dones són bevedors de risc (més de 40 g i més de 20 g al dia, respectivament). La meitat dels homes són bevedors diaris moderats (menys de 40 g al dia), proporció que en les dones és del 25 % (menys de 20 g al dia).

Els darrers anys, s'han fet diferents estratègies per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol i aconseguir els objectius marcats al Pla de salut de Barcelona 2010. Durant l'any 2002 es va desenvolupar un projecte pilot basat en un model d'intervenció breu en l'àmbit de les urgències hospitalàries sobre lesionats de trànsit amb alcoholèmia positiva. Dels lesionats atesos a l'Hospital Vall d'Hebró, que van rebre la intervenció i foren seguits al cap d'un any, el 74,5 % havien reduït el seu consum a la meitat. El 62 %

de pacients catalogats com a bevedors de risc a l'inici, van deixar de ser-ho. La freqüència dels episodis de consum concentrat, els més relacionats amb els accidents, va disminuir de forma progressiva al llarg dels 12 mesos (veure Figura 9). Els resultats d'aquest projecte podrien servir per fomentar intervencions preventives als serveis d'urgències.

**Figura 9.** Distribució de respostes afirmatives a la pregunta 3 de l'enquesta *Alcohol Use Identification Test*: «Amb quina freqüència ha pres 6 o més begudes alcohòliques en una sola ocasió de consum?», abans de la intervenció breu (basal) i després de 3, 6 i 12 mesos de la mateixa. Barcelona, 2002-2004.



Font: estudi IBAT «Accidentes de tráfico y alcohol: evaluación de la prevención secundaria desde un hospital de traumatología», Agència de Salut Pública de Barcelona.

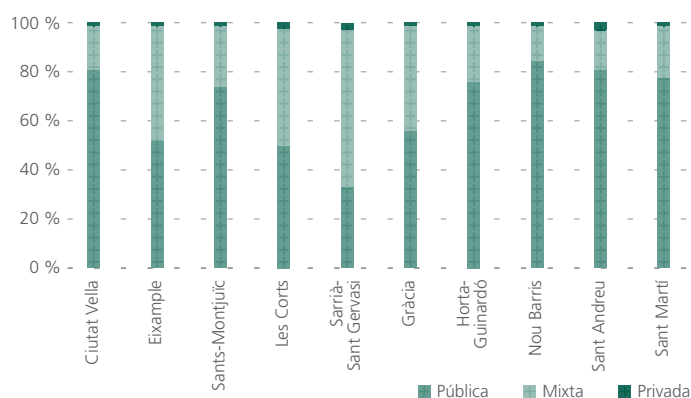
## La utilització de serveis sanitaris

28

L'Enquesta de salut de Barcelona 2000 permet conèixer la cobertura sanitària de la població de la ciutat de Barcelona i la utilització que es fa dels serveis sanitaris. Mentre que a Sarrià-Sant Gervasi dues terceres parts de la població tenen una cobertura mixta (pública i privada), a Ciutat Vella o Nou Barris aquest fet passa en menys del 20 % de la població (veure Figura 10). Cal assenyalar que aquestes diferències no repercuteixen en la utilització dels serveis sanitaris, però poden repercutir en l'accés a les pràctiques preventives i als serveis no inclosos en la cobertura pública (p. ex. odontòleg).

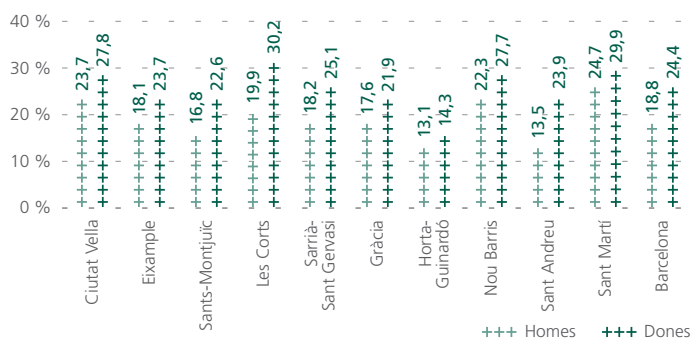
Pel que fa a la utilització dels serveis sanitaris, Horta-Guinardó ha estat el districte de la ciutat en què s'ha consultat menys a un professional sanitari (13 % homes i 14,4 % de dones) (veure Figura 11). El districte més freqüentador ha estat Sant Martí (24,7 % homes i 29,9 % dones). Tot i així, val a dir, que hi ha diferències segons gènere: a les Corts, per exemple, el 19,9 % dels homes havien consultat a un professional sanitari en els últims 15 dies, mentre que ho havia fet el 30,2 % de les dones. Ciutat Vella ha estat el districte en què la gent ha declarat haver estat més hospitalitzada l'any anterior a l'enquesta (11,5 % dels homes i 10 % de les dones) i també haver anat més als serveis d'urgències (una de cada 3 persones) durant l'últim any (veure Figura 12). Noti's que també hi ha diferències segons gènere i que el patró no és sempre el mateix: en alguns districtes (Gràcia i Sant Martí), les dones no són les més freqüentadores.

**Figura 10.** Cobertura sanitària per districtes. Barcelona, 2000.



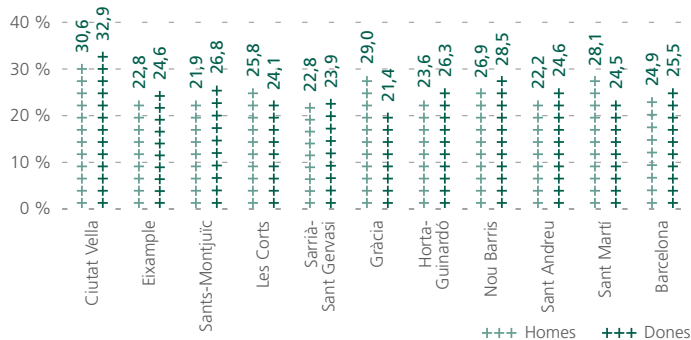
Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 11.** Consulta a un professional sanitari els darrers 15 dies per districtes i sexe. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 12.** Visita al servei d'urgències el darrer any per districtes i sexe. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona.

# L'atenció primària de salut

## L'atenció a les urgències

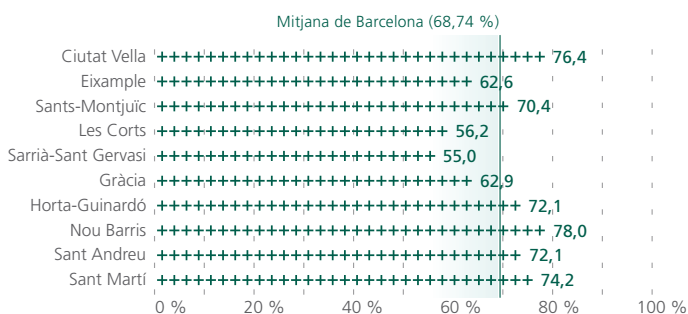
### L'atenció primària de salut

La reforma de l'atenció primària de salut va començar a la ciutat de Barcelona l'any 1984. El procés d'implantació es va produir a ritme lent, motivat per les dificultats en el procés de desplegament –associades a la falta d'espais apropiats–, la reticència a la integració dels professionals de contingent i als condicionants econòmics. A partir de l'any 2000 es produeix un important impuls, finalitzant el procés de reforma de les 66 àrees bàsiques de salut l'any 2003 (veure Taula 3, pàgina 61). Malgrat això, 31 dels 66 equips mantenen professionals no integrats totalment al nou model i 11 encara realitzen la seva activitat en locals provisionals o inapropiats. Aquests fets fan necessari el seguiment dels resultats i el fet d'emprendre accions específiques de millora.

L'ús dels serveis d'atenció primària de salut ha presentat un lleuger descens aquest any 2003 per la incorporació d'equips d'atenció primària

de recent implantació, ubicats en zones en què la població de referència presenta una més baixa freqüentació dels serveis sanitaris. L'any 2003 el conjunt dels equips d'atenció primària va atendre un total de 1.061.277 habitants, 68,74 % del total de població (veure Figura 13).

**Figura 13.** Percentatge de població atesa per els equips d'atenció primària amb relació a la població adscrita segons districte municipal. Barcelona, 2003.



Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

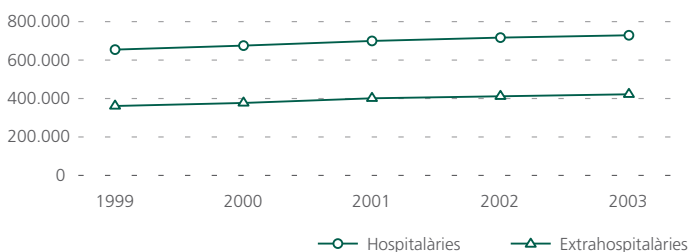
### L'atenció a les urgències

A Barcelona, l'atenció a les urgències inclou tots els diferents nivells assistencials: hospitalari, tant els de la xarxa d'utilització pública (XHUP) com els privats; l'atenció primària, que inclou les urgències ateses als centres d'atenció primària i les ateses als 11 centres d'atenció continuada, així com als dispensaris d'urgències de l'Hospital Clínic al carrer València i de l'Hospital del Mar al centre Peracamps; i les urgències ateses pel Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SCUB-061).

La informació de què es disposa sobre l'activitat dels serveis d'urgències parteix de l'any 1996 i des de llavors s'observa un increment del nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris. Així, per exemple, l'any 1999 es van atendre 652.233 urgències, valor que ha augmentat un 10,6 % (721.377 urgències hospitalàries) l'any 2003. Les urgències extrahospitalàries (visites urgents efectuades pel 061 i visites als centres d'atenció continuada) han augmentat un 15,7 % en el mateix període de temps (veure Figura 14). En l'activitat del servei SCUB-061 s'ha anat produint un

increment important pel que fa al nombre de trucades ateses, juntament amb una disminució de les ateses a domicili, encara que els darrers anys s'ha estabilitzat. L'activitat d'urgències dels centres d'atenció continuada s'ha incrementat un 20,6 % des de 1999 (170.699 visites efectuades l'any 1999 vs. 205.810 l'any 2003) i, en canvi, les visites domiciliàries efectuades en els centres d'atenció primària han disminuït un 32 % (160.873 l'any 1999 vs. 109.456 l'any 2003) a causa de la creació de programes específics d'atenció domiciliària (programa ATDOM/ Salut a casa); fet que ha reduït el nombre d'urgències domiciliàries i ha permès realitzar un seguiment més acurat dels casos (veure Taula 3, pàgina 61).

**Figura 14.** Activitat global d'urgències hospitalàries i extrahospitalàries. Barcelona, 1999-2003.



Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

# L'atenció especialitzada hospitalària

## L'atenció sociosanitària

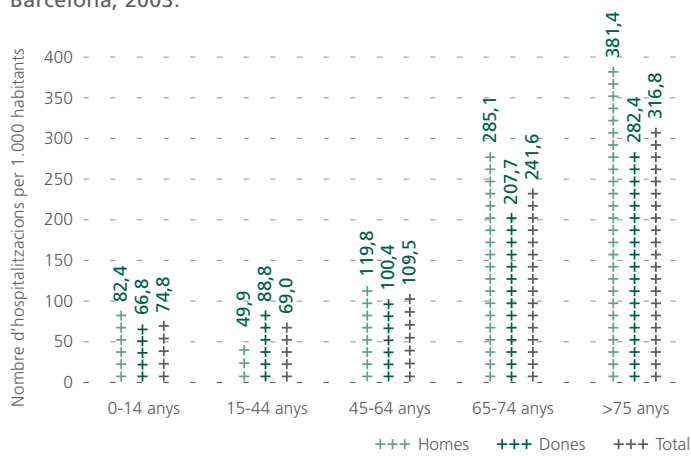
30

### L'atenció especialitzada hospitalària

L'oferta -mesurada mitjançant el nombre de llits públics disponibles en els hospitals d'aguts- s'ha mantingut estable en els darrers anys, prop d'un 3,3 per 1.000 habitants (veure Taula 3, pàgina 61). La utilització dels serveis hospitalaris públics s'ha anat incrementant i n'és un exemple la taxa d'hospitalització als centres de la xarxa d'utilització pública (XHUP), que ha passat d'un 86,8 per 1.000 habitants l'any 1995 a un 102,5 l'any 2003. Si es consideren també els centres privats, la taxa d'hospitalització l'any 2003 va ser d'un 125,7. Als hospitals de Barcelona s'atenen també alguns residents de fora de Barcelona ciutat, els quals representen un 33 % del total d'atesos; proporció que s'ha mantingut estable en els darrers anys. Els residents de Barcelona que han estat atesos en hospitals públics de fora de la ciutat són un 86 % (veure Taula 3, pàgina 61). Considerant les taxes globals d'hospitalitzacions efectuades pels residents a Barcelona (hospitals públics i privats de Barcelona i de fora de Barcelona), s'observa que els homes presenten taxes superiors a les dones en els

diferents grups d'edat, a excepció del grup de 15 a 44 anys -edat fèrtil de les dones-, que guarda relació amb les hospitalitzacions per embaràs, part i puerperi, tal com mostra la Figura 15.

**Figura 15.** Taxes globals d'hospitalització per 1.000 habitants de la població resident a Barcelona ciutat segons grups d'edat i sexe. Barcelona, 2003.



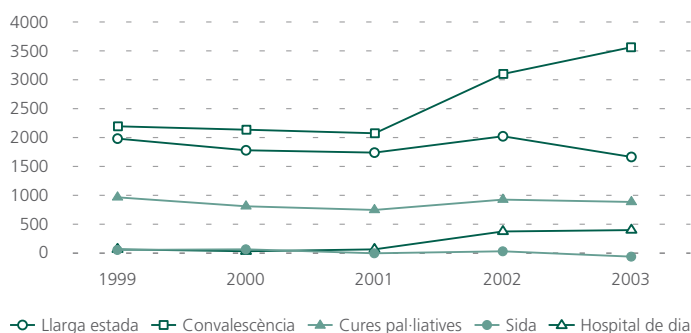
Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

### L'atenció sociosanitària

El desplegament dels recursos sociosanitaris dels últims anys es basa en el Pla estratègic socio-sanitari de Barcelona. Aquest pla ha suposat, per una banda, l'increment progressiu d'aquests recursos: serveis d'hospitalització (unitats de llarga i mitja estada), serveis d'atenció diürna ambulatoria (hospitals de dia i unitats d'avaluació integral ambulatoria) i equips de valoració i suport (a hospitals d'aguts i a domicili). Per altra banda, aquests serveis s'han anat definint en funció de la tipologia de pacients: gent gran, malalties neurodegeneratives i dany cerebral, demències i malalts pal·liatius (veure Taula 3, pàgina 62). El pla estratègic suposa també la introducció de millores en la coordinació i la continuïtat assistencial d'aquests pacients, la qual cosa ha suposat una major participació de tots els nivells d'atenció (inclosa l'atenció primària i hospitalària) i una millora qualitativa de l'accés

i l'alta, especialment a domicili i a centres residencials. L'evolució d'altres dels centres sociosanitaris es pot veure a la Figura 16.

**Figura 16.** Evolució de les altes als centres sociosanitaris. Barcelona, 1999-2003.



Font: Consorci Sanitari de Barcelona.



# L'atenció a la salut mental

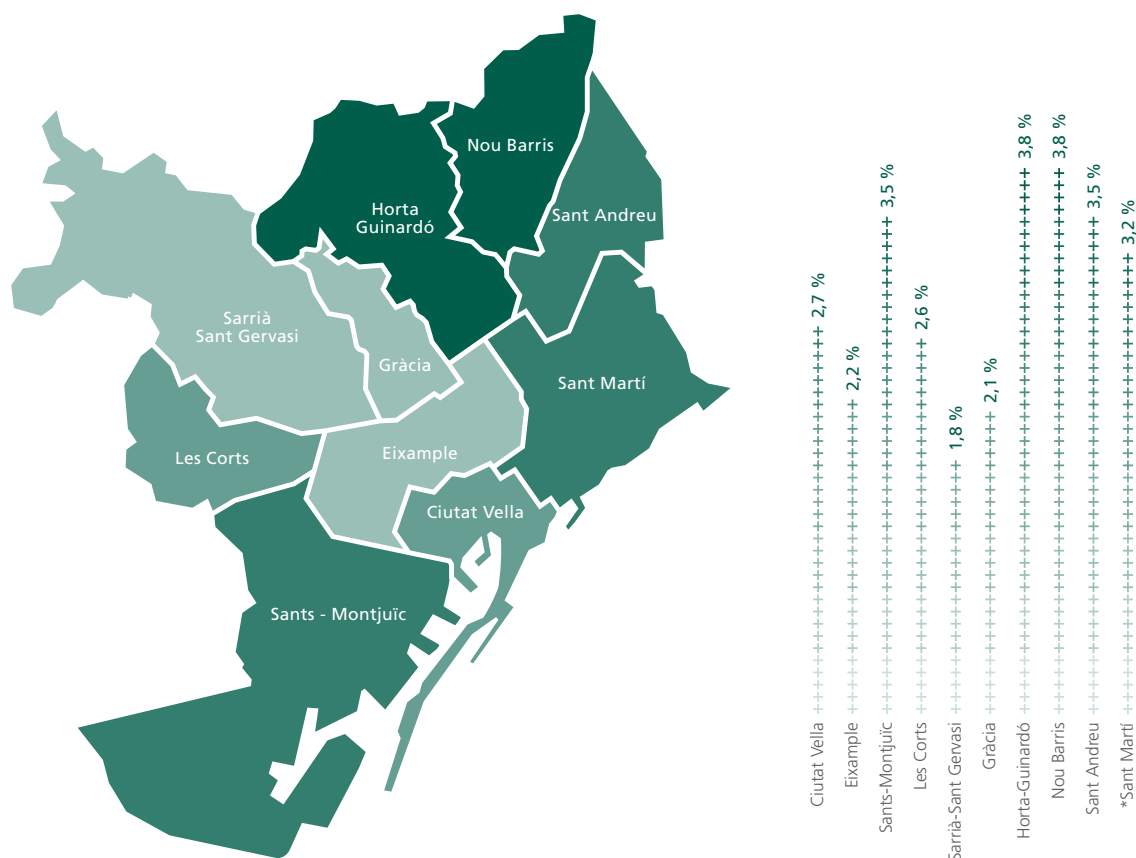
## L'atenció a la salut mental

Els diferents recursos i serveis s'organitzen sobre la base de tres nivells assistencials: atenció especialitzada de suport a l'atenció primària o Centres de Salut Mental (CSM), atenció psiquiàtrica hospitalària i rehabilitació comunitària. La porta d'entrada a la xarxa es realitza majoritàriament a través dels centres de salut mental que reben les derivacions dels equips d'atenció primària. Una segona porta d'entrada és la demanda que arriba directament als serveis d'hospitalització (urgències i/o aguts). Tots els centres de salut mental desenvolupen programes específics d'atenció als trastorns mentals severos.

De forma experimental, s'ha iniciat a 5 districtes de la ciutat el desplegament del Pla de serveis individualitzat, que es basa en un model de gestió de casos i s'adreça a l'atenció de malalts greus desvinculats dels serveis assistencials.

La Taula 3 (veure Taula 3, pàgina 62) mostra la distribució de recursos de la xarxa pública de salut mental a la ciutat i l'activitat global de l'any 2003. La prevalença de problemes de salut mental atesa als centres de salut mental d'adults és del 2,9 % (veure Figura 17). Un 25 % dels casos atesos corresponen a trastorns mentals severos.

**Figura 17.** Prevalença de problemes de salut mental atesa als centres de salut mental d'adults de la xarxa de finançament públic, per districte. Barcelona, 2003.



Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

Nota: \*Sant Martí no inclou les ABS 10E i 10F del CAP Maragall.

## L'atenció a la salut pública

32

L'ASPB és la responsable de l'atenció a la salut pública a Barcelona. En aquest apartat es presenta un petit recull d'algunes de les intervencions.

En l'àmbit de la prevenció primària, una de les principals intervencions és la prevenció de malalties transmissibles mitjançant vacunacions, gran part d'elles aplicades a població infantil. A la *Taula 4* es poden veure les cobertures vacinals de les dues vacunes que s'administren a escolars: l'hepatitis A+B a 6è curs de primària i tètanus-diftèria a 2n curs de secundària. L'any 2003 el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya va recomanar la vacunació antimeníngea C de tota la població escolar de 6è curs de primària fins als 18 anys. Aquesta campanya extraordinària de vacunació escolar va assolir a Barcelona una cobertura vacunal global del 83 % (veure *Taula 4*, pàgina 63).

Altres vegades les vacunacions s'administren a poblacions específiques. Així, al començament del mes de desembre de 2003, com a resposta al petit però sostingut augment de casos d'hepatitis A detectat en homes homosexuals, es va posar en marxa una campanya de vacunació d'hepatitis A i B encara activa a l'octubre de 2004 en tres saunes i d'altres locals d'ambient. Aquesta activitat es va acompanyar també d'una campanya de comunicació amb pòsters i fulletons distribuïts en col·laboració amb entitats comunitàries que informaven de la campanya i dels centres on vacunar-se. Els resultats han estat força satisfactoris, amb un total de 1.489 persones vacunades fins al setembre de 2004 i una cobertura de segona dosi del 57 %.

Quan el pronòstic dels problemes de salut té un benefici a partir d'un diagnòstic inicial, és plantejable la realització de programes de detecció precoç, com és el cas del Programa de detecció precoç del càncer de mama. Aquest programa està instaurat a la ciutat des de l'any 1995, però fins l'any 2003 no ha estat implementat en els deu districtes de la ciutat. La població diana del programa són totes les dones que viuen a Barcelona i tenen entre 50 i 64 anys i les quals participen en el programa fins els 69 anys. Segons les darreres dades disponibles referents a l'any 2002, la participació en el programa és del 37,1 % en el conjunt de la ciutat per a les dones que són citades per primera vegada i del 83,3 % en les dones que són citades a partir de la segona ronda. Cal tenir present, malgrat això, que part de les dones de la ciutat acudeixen a la sanitat privada o bé a la sanitat pública però fora dels circuits del programa per a la realització de les mamografies (prova de cribratge). Si tenim en compte, per tant, totes les dones que es fan mamografies per a la detecció precoç del càncer de mama, sabem que la cobertura de la detecció precoç augmenta fins el 77,9 % de les dones entre 50 i 64 anys citades per primer cop i fins el 95,7 % en les dones citades més d'una vegada. A la *Taula 5* es mostra la diferent situació dels deu districtes de la ciutat, juntament amb les dades de detecció de càncer de mama a través del programa (veure *Taula 5*, pàgina 63).

En l'àmbit escolar s'apliquen programes de promoció de la salut bàsicament dirigits a la prevenció del consum de drogues (legals i il·legals), a la prevenció de problemes relacionats amb l'inici de les relacions sexuals, i envers la prevenció de problemes relacionats amb l'alimentació. A la *Taula 6* es mostra la cobertura per als programes actualment disponibles en escolars (veure *Taula 6*, pàgina 63).

El programa «Tori i el misteri del goril·la de colors» està dirigit a 3r i 4rt curs de primària. El seu objectiu és promoure hàbits sans, pel que fa a la salut en general i alternatives als hàbits tòxics. El programa «PASE.bcn» està dirigit a 1r curs d'ESO, amb l'objectiu de reduir la freqüència del tabaquisme, a l'igual del programa «Classe sense fum», dirigit a 2n d'ESO. El programa «CANVIS», dirigit a 2n curs d'ESO, té com a objectiu promoure una alimentació saludable i prevenir trastorns alimentaris. El programa «Decideix!» està dirigit a 3r curs d'ESO, i el seu objectiu és ajudar a adoptar la decisió

adequada en situacions d'ús de drogues legals i il·legals. El programa «PRESSEC», dirigit a 4rt d'ESO, té per objectiu prevenir les relacions sexuals no protegides. Els programes «Parlem clar» i «I tu, què en penses?» dirigits a educació postobligatòria (batxillerat i cicles formatius). L'objectiu del primer programa és la prevenció de relacions sexuals no protegides, a partir de la formació a càrrec de companys educadors i mesures de l'entorn, mentre que el segon vol donar informació i eines de diàleg per a elaborar decisions adequades enfront de les ofertes de drogues (veure Taula 6, pàgina 63).

De forma específica, un dels recursos en l'abordatge dels problemes relacionats amb el consum de drogues és el Servei d'Orientació sobre Drogues. Aquest servei ofereix assessorament i orientació a professionals que treballen amb adolescents i joves. També dona atenció individualitzada i/o grupal a famílies, adolescents i joves que han iniciat el consum de drogues i no presenten un problema de drogodependència. En l'àmbit de l'ensenyament superior (universitat), es distribueixen punts de llibre (programa *Agafa el teu Punt! d'informació*) amb missatges preventius i qüestions que també tenen resposta a través d'Internet. Pel que fa als espais d'oci nocturn s'ofereixen programes de disminució de riscos, especialment dissenyats per a aquelles persones que ja han iniciat el consum de drogues. També en el terreny comunitari es fan activitats

per a reduir l'impacte de l'abús d'alcohol i altres substàncies, com ara la formació de cambrers per a la *Dispensació responsable de begudes alcohòliques* i el programa de lleure saludable *De marxa sense entrebancs*. Aquest darrer programa potencia activitats d'oci saludable i inclou missatges preventius sobre l'abús de l'alcohol i el cannabis a través de tallers als centres cívics, de teatre al carrer i, des d'aquest any, d'una exposició educativa sobre el cannabis.

Els Centres d'Atenció i Seguiment de Drogodependències (CAS) ofereixen una atenció biopsicosocial per a totes aquelles persones que viuen a Barcelona i tenen una problemàtica de consum de drogues. També porten a terme accions de detecció i seguiment de malalties (tuberculosi, infecció per VIH, malalties de transmissió sexual, hepatitis, etc.) i d'atenció a problemes socials. L'any 2003 van haver 5.181 inicis de tractament, dels quals 1.756 van ser per alcohol, 682 per tabac i 2.743 per drogues no institucionals. Cal fer esment al treball realitzat en la reducció de danys, per mitjà dels programes d'intercanvi de xeringues a les farmàcies, dels agents de salut al carrer, dels centres «Calor i cafè» i dels programes de manteniment de metadona, entre d'altres intervencions.

El Servei d'Orientació sobre Drogues ofereix assessorament i orientació a professionals que treballen amb adolescents i joves. També dona atenció individualitzada i/o grupal a famílies, adolescents i joves que han iniciat el consum de drogues i no presenten un problema de drogodependència. En l'àmbit de l'ensenyament superior (universitat), es distribueixen punts de llibre (programa *Agafa el teu Punt! d'informació*) amb missatges preventius i qüestions que també tenen resposta a través d'Internet ([www.ub.es/siae/drogues](http://www.ub.es/siae/drogues)).

A la memòria de l'ASPB ([www.aspb.es](http://www.aspb.es)) es poden consultar dades del conjunt d'activitats que des de l'ASPB es realitzen.





# La nostra salut

35

## Presentació

Resum executiu  
Resumen ejecutivo  
Executive Summary  
La salut i els seus determinants

## Qui som

La situació demogràfica  
La situació socioeconòmica

## Com vivim

El medi ambient  
L'aire  
El soroll  
Les aigües de mar  
Les aigües de consum de proveïment públic  
La seguretat i higiene dels aliments  
Els comportaments  
Les conductes relacionades amb la salut  
L'abús de substàncies psicoactives  
L'ús de drogues no institucionalitzades  
L'alcohol  
Els serveis sanitaris  
La utilització de serveis sanitaris  
L'atenció primària de salut  
L'atenció a les urgències  
L'atenció especialitzada hospitalària  
L'atenció sociosanitària  
L'atenció a la salut mental  
L'atenció a la salut pública

## La nostra salut

La salut percebuda  
La salut maternoinfantil  
Els problemes de salut específics  
La tuberculosi  
La infecció VIH-sida  
Les lesions per accidents  
Les lesions per accidents de trànsit  
Les lesions per accidents de treball  
La mortalitat

## Monogràfics

Impacte de l'ona de calor sobre la salut a la ciutat de Barcelona l'estiu del 2003.  
Malalties de declaració obligatòria i immigració: incidència i patró de distribució a la ciutat.  
Motius per triar els serveis d'urgència dels hospitals per problemes de salut de resolució extrahospitalària.

## La salut a Barcelona 2003 en xifres



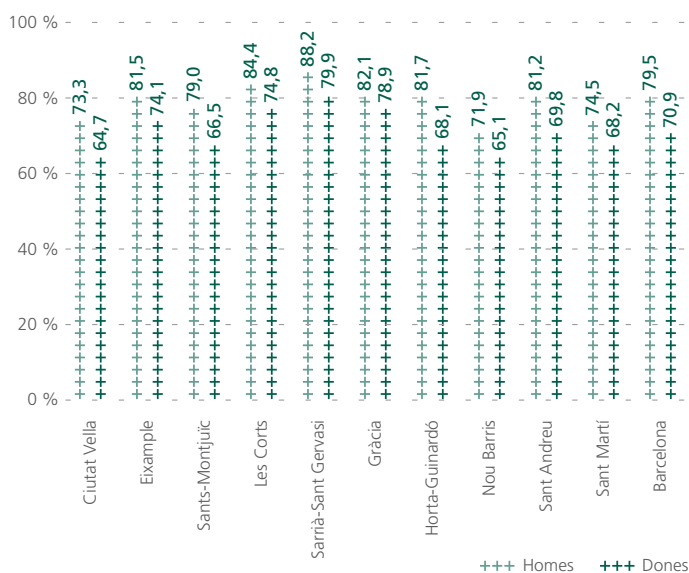
## La salut percebuda

36

Un 79 % dels homes de Barcelona de 15 anys o més, declaren a l'Enquesta de salut de Barcelona 2000 tenir un estat de salut percebut bo o molt bo, un 16,3 % regular i un 3,5 % dolent o molt dolent. Les dones declaren tenir pitjor salut amb els percentatges següents: 70,9 %, 21,7 % i 7 %. Els districtes amb pitjor salut percebuda són els de Ciutat Vella i Nou Barris, mentre que el districte amb millor salut percebuda és el de Sarrià-Sant Gervasi (veure Figura 1).

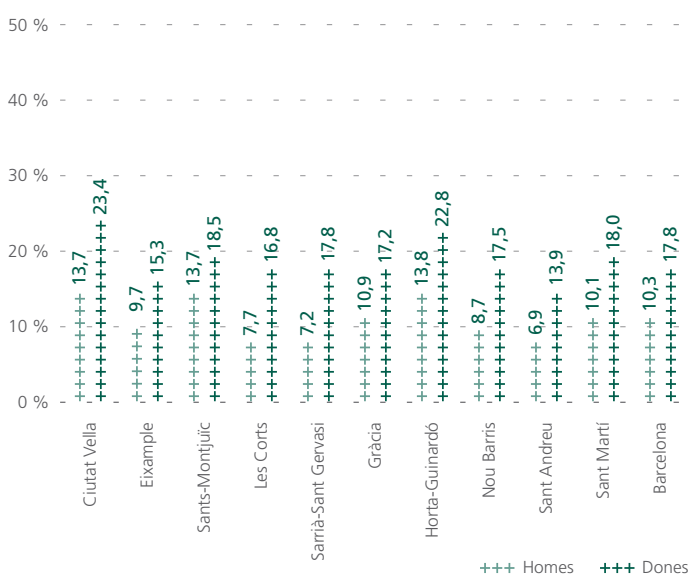
Un 56 % dels homes i un 68 % de les dones de Barcelona declaren tenir com a mínim un trastorn crònic. En els homes, els percentatges per districte fluctuen entre 36,4 % a Sant Andreu i 63,8 % a Nou Barris i en les dones entre 52,7 % a Sant Andreu i 76,3 % a Sarrià-Sant Gervasi. Les lesions per accidents durant l'últim any també varien entre districtes: la població de Sarrià-Sant Gervasi és la que n'ha declarat més i Sant Andreu la que n'ha declarat menys. El risc de patiment psicològic, mesurat amb el qüestionari *General Health Questionnaire*, ha estat més elevat en les dones que en els homes. Els districtes amb un percentatge més elevat d'homes amb risc de patiment psicològic han estat Ciutat Vella, Sants-Montjuïc i Horta-Guinardó i, en el cas de les dones, Ciutat Vella i Horta-Guinardó (veure Figura 2).

**Figura 1.** Percentatge de població major de 15 anys amb estat de salut bo o molt bo, per districte i sexe. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 2.** Prevalença de persones majors de 15 anys amb risc de patiment psicològic, per districte i sexe. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona.

# La salut maternoinfantil

Els naixements, expressats en forma de taxa de natalitat i de fecunditat, s'han mantingut estables al llarg de la dècada dels noranta i s'han anat incrementant lleugerament a partir de 1999 i durant els primers anys de la dècada actual (veure Taula 1, pàgina 64). També s'ha produït un augment sostingut de la proporció d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) durant tot el període 1990-2002, que en el darrer any es situa en el 28 % del total d'embarassos.

El grup de dones menors de 20 anys és qui menys planifica la gestació. La taxa de natalitat adolescent s'ha mantingut constant al llarg del període, però la taxa d'embarassos presenta una clara tendència a l'increment (veure Figura 3). Durant el darrer any del qual es disposen dades (2002), el nombre d'embarassos en dones menors de 20 anys va ser de 720: 169 dels quals (23,5 %) van arribar a néixer, mentre que la proporció d'interrupcions voluntàries de l'embaràs va ser del 76,5 % (551 embarassos) (veure Taula 1, pàgina 64). Si bé les taxes d'embaràs i avortament adolescent són significativament més baixes que les dels països europeus i la resta de desenvolupats, la tendència a l'increment indica la necessitat de prendre mesures preventives i educatives més intensives.

El percentatge d'embarassades que no fa una primera visita obstètrica durant el primer trimestre ha anat decreixent des del 1994 i se situa per sota el 4 %, fet molt positiu, com també ho és la disminució irregular, però constant, del percentatge de dones fumadores durant l'embaràs. La utilització de l'ecografia obstètrica s'ha estabilitzat en una mitjana del voltant de 5,5 ecografies per gestant. La proporció de gestants que no es fa cap ecografia

entre les setmanes 14 i 22 de l'embaràs, el moment adient pel cribatge de defectes congènits, s'ha reduït del 20 % l'any 1992 al 3 % l'any 2002-2003.

La utilització de proves invasives (amniocentesi, biòpsia corial, funciulocentesi,...) en la població general de gestants s'ha anat incrementant al llarg del anys. Durant els anys 2002 i 2003, al voltant d'un 30 % de les embarassades de la ciutat de Barcelona s'ha fet alguna d'aquestes proves, és a dir, unes 3.700. Aquest increment es produeix com a conseqüència de l'extensió de la utilització dels cribatges de cromosomopaties (sobretot per la síndrome de Down), tant ecogràfics com bioquímics.

Al Quadre 1 es pot veure l'evolució de les cobertures vacunals notificades en els infants de 2 i 4 anys. Val a dir que aquestes són dades de vacunes notificades i que per d'altres estudis sabem que la cobertura vacunal real és molt més elevada.

**Figura 3.** Evolució de la taxa d'embarassos (nascuts vius i IVE) en les dones menors de 20 anys. Barcelona, 1990-2002.



Font: registre de naixements, Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

**Quadre 1.** Evolució de les cobertures vacunals notificades. Barcelona, 1994-2002.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
T-1 als 2 anys	81,0	83,1	81,5	82,0	80,0	79,3	75,4	75,1	71,3
T-1 als 4 anys	82,6	83,5	82,6	82,9	82,4	82,7	74,5	74,1	70,9
T-2 als 2 anys	64,3	66,1	64,5	64,8	62,8	60,7	63,7	54,9	42,7
T-2 als 4 anys	69,4	71,6	69,9	69,9	69,3	70,8	64,2	62,1	61,6

Font: registre de vacunacions, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: T1: primovacunació DTP (difèria, tètan i pertussis) i poliometitis. T2: dosi record DTP i poliometitis i primera dosi triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis).

# La tuberculosi

38

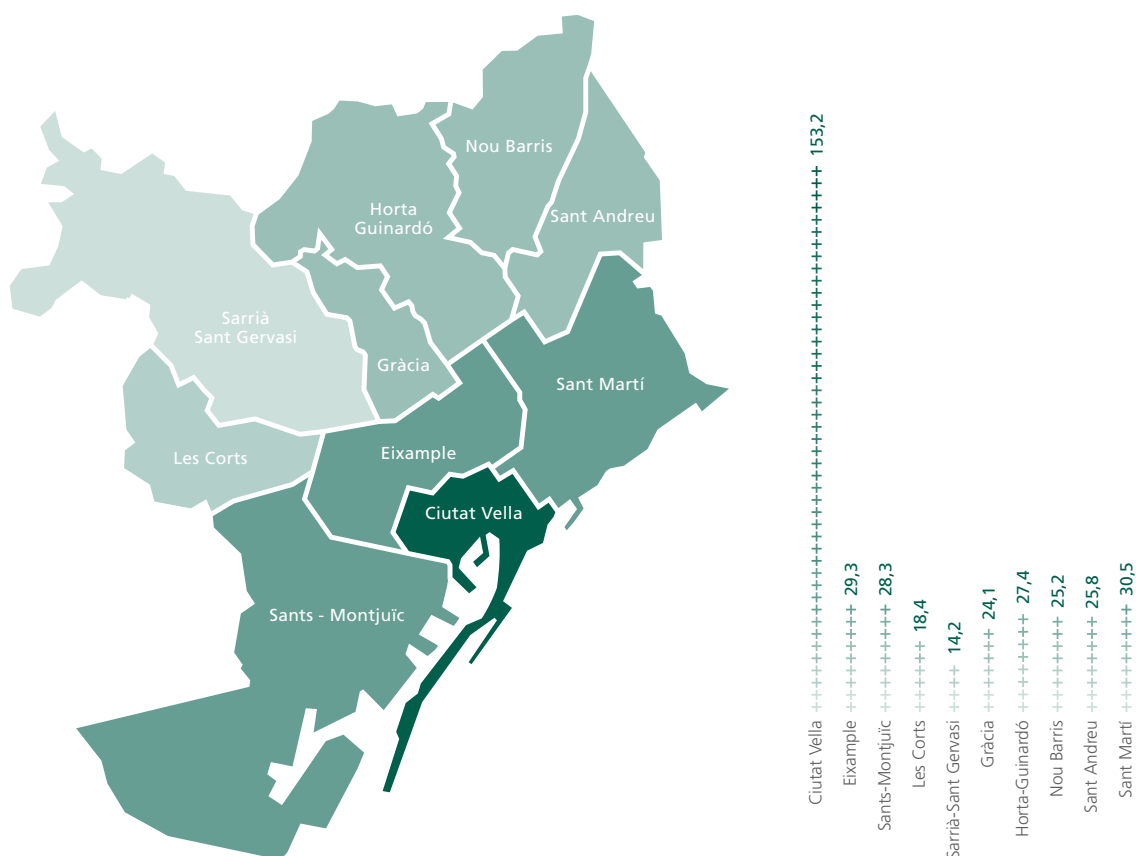
Durant l'any 2003, s'han detectat a la ciutat 481 casos de tuberculosi, que representen una taxa de 31,8 casos per 100.000 habitants, un 2,8 % menys que l'any 2002. Malgrat que el comportament de l'endèmia a la ciutat és favorable, el declivi anual s'està alentint, ja que ha passat d'un descens anual mig del 10 % durant la segona meitat dels 90 a menys del 3 % anual.

La incidència de la malaltia ha estat superior en els homes (40 casos per 100.000 habitants) que en les dones (23,9 casos per 100.000 habitants), tot i que en les dones ha augmentat un 12 % respecte al 2002 i que la raó entre homes i dones està disminuint progressivament. Ciutat

Vella continua sent el districte amb una incidència més elevada de la malaltia, ja que presenta taxes estandarditzades que són entre 4 i 5 vegades superiors a les de la resta de districtes (veure Figura 4).

La incidència de la tuberculosi respiratòria ha estat de 23,7 casos per 100.000 habitants. En comparació amb la resta de Catalunya (19,5 casos per 100.000 habitants l'any 2002) i de l'Estat (18,5 casos per 100.000 habitants l'any 2002), la ciutat de Barcelona té taxes entre 4 i 5 punts per sobre d'aquests valors. D'altra banda, la incidència de tuberculosi pulmonar bacilífer ha estat de 15,2 casos per 100.000 habitants, un 2 % superior que a l'any 2002. La tendència estable d'aquesta taxa té un impacte comunitari desfavorable, doncs les fonts d'infecció de la malaltia no disminueixen. S'hauria de fer un esforç molt important en el control de la malaltia, per complir l'any 2010 amb l'objectiu del Pla de salut de Barcelona de reduir la incidència de

**Figura 4.** Incidència de la tuberculosi per districtes. Barcelona, 2003.



Font: registre de la tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Nota: taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants.

la tuberculosi pulmonar bacil·lfera en un 40 %, per tal d'assolir una taxa de 8 casos per 100.000 habitants (veure Figura 5).

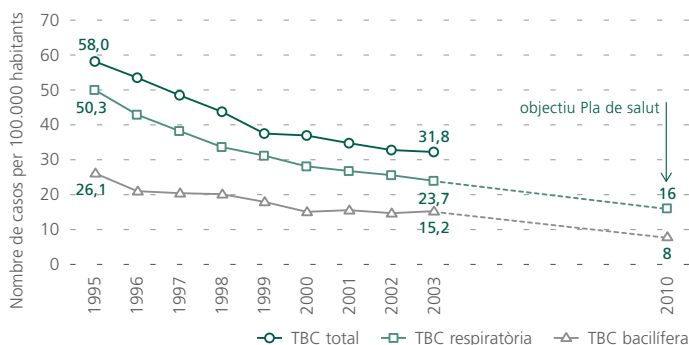
Els dos factors de risc de la tuberculosi relacionats amb la infecció per VIH - el consum de drogues per via parenteral i l'estada a la presó- actualment tenen menys importància en l'endèmia de la ciutat. L'any 2003, el percentatge d'afectats de tuberculosi relacionat amb aquests factors de risc era del 14 %, mentre que durant la dècada dels 90 la xifra era gairebé el doble (veure Taula 2, pàgina 65). Aquest decreixement està molt relacionat amb la disponibilitat de tractaments antiretrovirals d'elevada efectivitat en persones infectades pel VIH, doncs la millora de l'estat immunitari disminueix molt el risc de tuberculosi.

El canvi més important que s'ha produït en la tuberculosi de la ciutat ha estat l'augment de malalts estrangers. Aquest col·lectiu representava l'any 95 el 5,6 % dels pacients, mentre que l'any 2003 representava el 33,8 % (veure Figura 6). L'evolució de la incidència mostra dues tendències diferents segons es consideri la població autòctona o estrangera. En estrangers, l'any 2003, se situa al voltant de 100 casos per 100.000 habitants i en autòctons ha estat de 24 casos per 100.000 habitants. L'alta incidència en estrangers, en general immigrants econòmics procedents de països d'elevada endèmia de tuberculosi, la podríem explicar per les dures condicions de vida que pateix aquest col·lectiu, que afavoreixen la reactivació d'infeccions latents. Aquesta nova realitat de la tuberculosi a la ciutat obliga a adequar les activitats de control, utilitzant recursos per millorar el compliment del tractament a través de la generalització de tractaments directament observats i la utilització d'agents de salut que facilitin la relació amb el sistema sanitari.

Malgrat que el comportament de l'endèmia a la ciutat és favorable, el declivi anual s'està alentint, ja que ha passat d'un descens anual mig del 10 % durant la segona meitat dels 90 a menys del 3 % anual. La incidència de la malaltia ha estat superior en els homes.

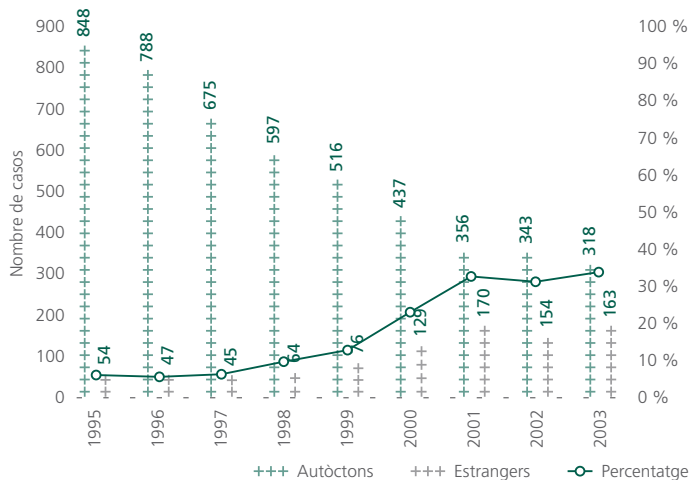
S'hauria de fer un esforç molt important en el control de la malaltia, per complir l'any 2010 amb l'objectiu del Pla de salut de Barcelona de reduir la incidència de la tuberculosi pulmonar bacil·lfera en un 40 %, per tal d'assolir una taxa de 8 casos per 100.000 habitants.

Figura 5. Evolució de la incidència de la tuberculosi i objectius del Pla de salut de Barcelona 2010. Barcelona, 1995-2003.



Font: registre de tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 6. Distribució dels casos de tuberculosi en autòctons i estrangers. Barcelona, 1995-2003.



Font: registre de tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Unitat d'Investigació en Tuberculosi de Barcelona, [www.imsb.bcn.es/uitb](http://www.imsb.bcn.es/uitb)

## La infecció VIH-sida

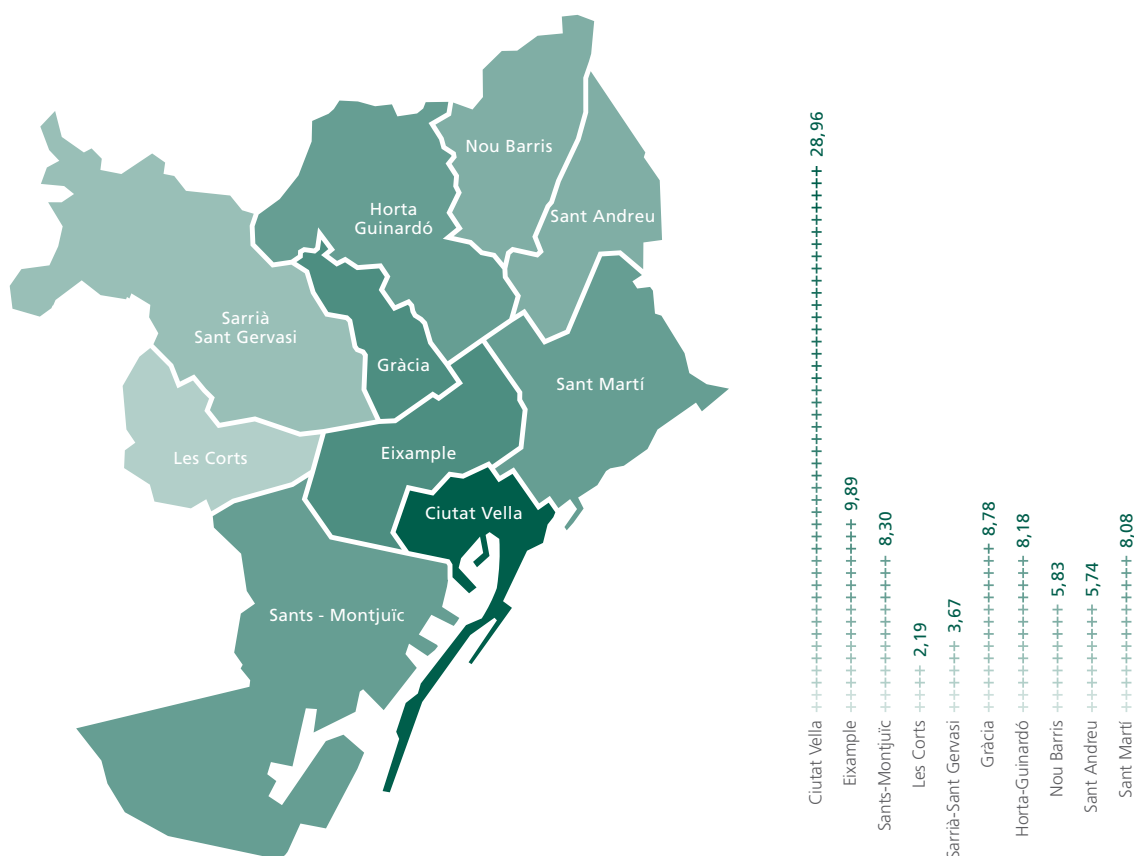
40

Des de la introducció de la teràpia antiretroviral de gran activitat, els casos declarats de sida han descendit de manera espectacular a partir de la segona meitat dels anys 90, no només a Barcelona sinó també a tota Europa Occidental (veure Taula 2, pàgina 65). No obstant això, sembla que aquesta tendència s'ha interromput els dos últims anys, donat que el nombre de casos detectats és el mateix (137) (veure Figura 8, pàgina 41). Del total dels 6.055 casos de sida acumulats a Barcelona, es van enregistrar 3.982 morts al final de l'any 2003. En els últims anys a Barcelona, la mortalitat sembla tendir a l'estabilització i en alguns estudis realitzats, tant en l'àmbit internacional com en el nacional, es

comencen a posar de manifest lleugers increments en la mortalitat relacionats, probablement, amb l'accés i l'adherència a les teràpies antiretrovirals en algunes categories de transmissió, com és el cas de l'ús de drogues per via parenteral. (Veure Figura 7).

Cal ressaltar, que durant l'any 2003 s'han detectat 137 casos de sida i s'han notificat 372 nous diagnòstics d'infecció pel VIH. Malgrat la disponibilitat de la prova del VIH i dels tractaments antiretrovirals, el nombre de casos de sida amb un diagnòstic tardà de la infecció pel VIH és important, tant per la seva magnitud com per les seves conseqüències, ja que les persones que no se saben infectades no poden beneficiar-se dels tractaments.

**Figura 7.** Incidència de la sida per districtes. Barcelona, 2003.



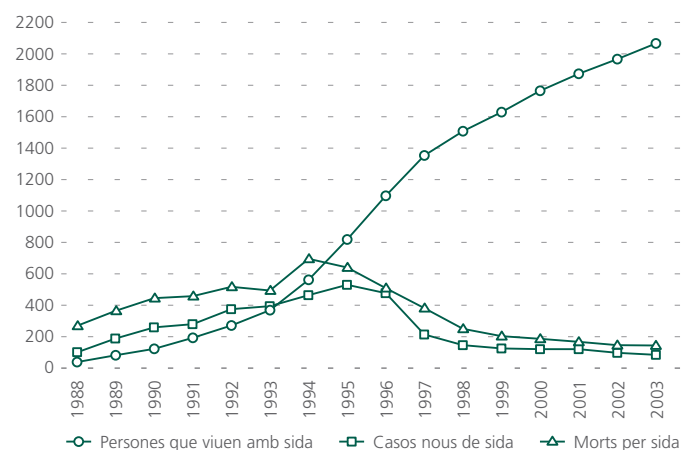
Font: registre de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Nota: taxes estandarditzades per edat.



Cal ressaltar, que durant l'any 2003 s'han detectat 137 casos de sida i s'han notificat 372 nous diagnòstics d'infecció pel VIH. A la *Figura 9* es mostra la diferent distribució segons la via de transmissió del VIH. D'altra banda, al 2003, el 48,9 % dels casos de sida van ser diagnosticats d'infecció per VIH i de SIDA en el mateix mes o en el mes anterior al diagnòstic de sida. Malgrat la disponibilitat de la prova del VIH i dels tractaments antiretrovirals, el nombre de casos de sida amb un diagnòstic tardà de la infecció pel VIH és important, tant per la seva magnitud com per les seves conseqüències, ja que les persones que no se saben infectades no poden beneficiar-se dels tractaments.

Per això, resulta de primordial importància el manteniment de polítiques d'oferta sistemàtica de la prova de detecció del VIH en els centres sanitaris i altres serveis de salut, així com la implementació de programes preventius que millorin l'accés i ofereixin el consell adequat a les persones que sol·licitin la prova.

**Figura 8.** Evolució anual dels casos de sida, del nombre de morts per sida i de les persones que viuen amb sida al final de l'any 2003. Barcelona, 1988-2003.



Font: registre de sida i registre voluntari de VIH, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 9.** Percentatge de nous diagnòstics d'infecció per VIH i de sida, segons la via de transmissió. Barcelona, 2003.



Font: registre de sida i registre voluntari de VIH, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: UDI: usuaris de drogues per via parenteral; HMS: homes amb pràctiques homosexuals; HTS: homes i dones amb pràctiques heterosexuales.

## Les lesions per accident de trànsit

42

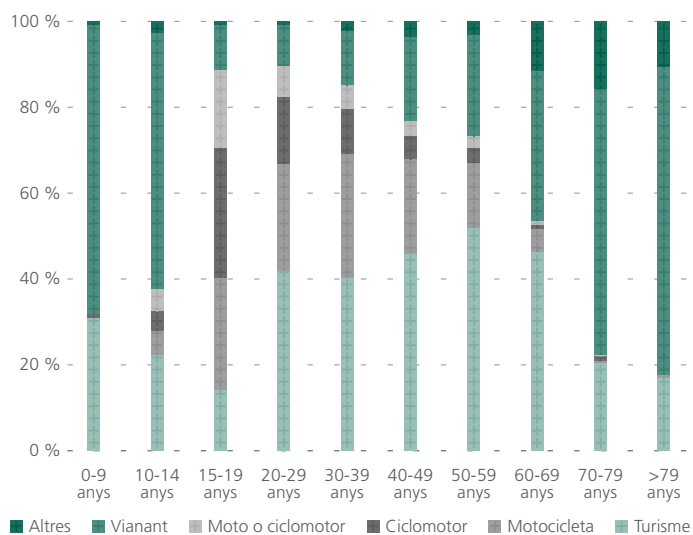
L'any 2003, es van atendre 16.135 lesions per accidents de trànsit als principals serveis d'urgències hospitalàries de Barcelona, de les quals el 71,3 % corresponien a residents a la ciutat de Barcelona (n= 11.509), segons dades del sistema d'informació DUHAT (Dades d'Urgències Hospitalàries en Accidents de Trànsit). La informació que es presenta a continuació només fa referència als residents de la ciutat de Barcelona.

Un terç dels lesionats circulaven en vehicles de dues rodes (22,7 % en motocicletes i el 13 % en ciclomotors), el 40,3 % en turismes i el 3,4 % en altres vehicles com l'autobús, el camió o la bicicleta. El 20,7 % van ser vianants atropellats.

En els grups d'edat més joves (< 15 anys) i en els més grans (> 64 anys) la major part de lesionats van ser vianants atropellats (64,4 % i 59,8 % respectivament) seguit dels usuaris de turismes (27,4 % i 24,4 % respectivament). En canvi, en el grup d'edat de 15 a 44 anys la majoria van ser usuaris de vehicles de dues rodes (50,6 %), i els usuaris de turismes (37,2 %). En el grup d'edat de 45 a 64 anys destaquen els usuaris de turismes (50,9 %) i els vianants atropellats (23,7 %) (veure Figura 10).

A la Taula 3 (veure Taula 3, pàgines 66 i 67) es presenten les proporcions de residents a Barcelona lesionats per accident de trànsit atesos als serveis d'urgències des de 1997 al 2003, segons sexe, edat i tipus de vehicle.

**Figura 10.** Distribució dels lesionats residents a Barcelona segons tipus d'usuari i edat. Barcelona, 2003.



Font: sistema d'informació DUHAT (Dades d'Urgències Hospitalàries per Accident de Trànsit), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Del conjunt de residents lesionats per accidents de trànsit, el 20,7 % van ser vianants atropellats, un terç circulaven en vehicles de dues rodes, el 40,3 % en turismes i el 3,4% en altres vehicles com autobús, camió o bicicleta.

# Les lesions per accidents de treball

Durant l'any 2003 es van notificar 48.187 lesions per accidents de treball amb baixa laboral a la ciutat de Barcelona, de les quals 480 van ser greus i 57 mortals. Aquestes dades suposen un increment del nombre absolut respecte de l'any 2002, en què se'n van notificar 46.168 (463 greus i 53 mortals). A la *Taula 4* (veure *Taula 4*, pàgina 68) es mostra la distribució de les lesions greus i mortals segons tipus.

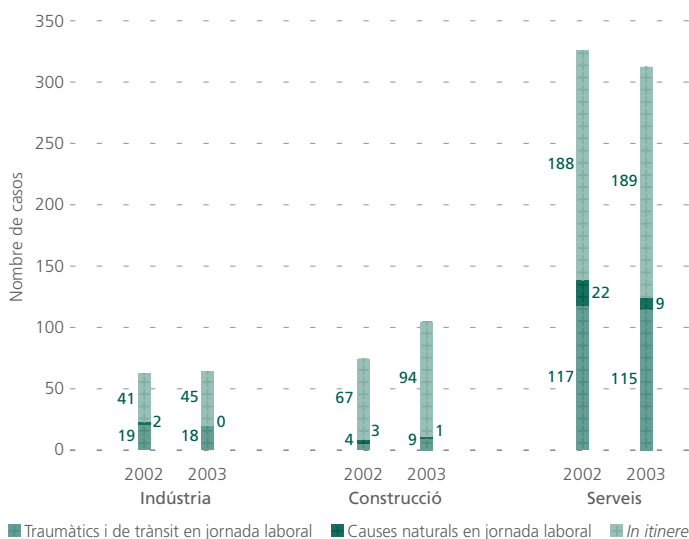
L'augment relatiu més important ha estat el de les lesions per accidents *in itinere* (18,2 % més que el 2002), on destaca l'increment de 4 casos mortals. La tendència a l'increment de les lesions per accidents de treball *in itinere* els darrers anys està en consonància amb l'augment dels desplaçaments obligats pel treball. Segons els cens de població, els desplaçaments intramunicipals van créixer entre 1996 i 2001 un 20,3 % i els dels ocupats que entren a la ciutat un 14,3 %. Una dada rellevant pel que fa a les lesions per accidents de treball *in itinere* (també per les de trànsit en jornada laboral, així com pel conjunt de les lesions per accidents de treball<sup>1</sup>), és que més d'una tercera part dels llocs treball de Barcelona estan ocupats per residents de fora de la ciutat (35,6 % segons el cens de 2001).

El lleuger augment de les lesions per accidents de treball en jornada laboral s'explica per la disminució de les lesions per causa natural greus i mortals (amb un augment, però, de les lleus) i per l'augment de lesions d'altres tipus<sup>2</sup>, tant greus (32 casos més que l'any 2002) com mortals (9 casos més).

El sector econòmic amb un major increment de lesions per accidents de treball ha estat el de la construcció. Tot i que dona ocupació només al 5,4 % dels residents de Barcelona (9,3 % a la província) en aquest sector s'han produït 30 lesions més per accidents de treball greus que l'any anterior (veure *Figura 11*) i 7 més de

mortals. Les característiques de l'augment de l'ocupació en aquest sector (prop de 16.000 nous ocupats a la província de Barcelona i 1.850 a la ciutat) hi podrien estar relacionades, ja que es va incrementar el nombre de treballadors per compte propi (3.200 més que el 2002 a la província de Barcelona) i la proporció de contractes temporals entre els nous assalariats (a Barcelona, el 89,9 % dels nous contractes en el sector van ser temporals).

**Figura 11.** Nombre de lesions per accidents de treball greus segons tipus i sector econòmic. Barcelona, 2002 i 2003.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball i Indústria. Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball de Barcelona.

La tendència a l'increment de les lesions per accidents de treball *in itinere* els darrers anys està en consonància amb l'augment dels desplaçaments obligats pel treball. Segons els cens de població, els desplaçaments intramunicipals van créixer entre 1996 i 2001 un 20,3 % i els dels ocupats que entren a la ciutat un 14,3 %.

<sup>1</sup> La notificació de lesions per accidents de treball es realitza segons la ubicació de l'empresa, per tant, els que s'analitzen en aquest apartat són els ocorreguts en treballadors d'empreses de la ciutat.

<sup>2</sup> La nova codificació d'algunes de les variables del registre d'accidents de treball (que obeeix al canvi dels models de notificació segons una Ordre del Ministeri de Treball i Assumptes Socials que va entrar en vigor l'1 de gener de 2003) impedeix separar els accidents de trànsit de la resta d'accidents traumàtics ocorreguts en jornada laboral, motiu pel qual la comparació amb anys anteriors cal fer-la amb tots dos grups conjuntament.

# La mortalitat

44

L'esperança de vida a la ciutat de Barcelona ha seguit augmentant i l'any 2002 és de 76,4 anys en els homes i de 83,1 anys en les dones. Aquestes xifres suposen un augment de 3,5 anys en els homes i de 1,9 anys en les dones des de 1992. Els principals indicadors de mortalitat es presenten al *Quadre 2*.

La mortalitat segueix sent desigual entre els districtes de la ciutat: Ciutat Vella -i sobretot en el cas dels homes- és el districte que presenta més mortalitat. En la *Figura 12* es mostra la mortalitat prematura (anys potencials de vida perduts, APVP) per districtes, posant en evidència la mortalitat en poblacions joves.

Pel que fa a les causes de mortalitat per grups d'edat, en els joves segueix destacant la sida i les lesions per accidents de trànsit com a primeres causes. La mortalitat en les dones joves és més baixa que en els homes (veure *Figura 13*, pàgina 45). Pel que fa a les tendències, segueixen estables respecte a l'any anterior. En els adults de 45 a 64 anys, destaquen el càncer de pulmó i la malaltia isquèmica del cor en els homes i el càncer de mama en les dones. A excepció d'aquest últim càncer, les taxes en les dones són més baixes (veure *Figura 14*, pàgina 45). En la gent gran (els majors de 65 anys), les malalties cardiovasculars prenen importància: en els homes la primera causa és la malaltia isquèmica del cor i en les dones la cerebrovascular, causes que disminueixen al llarg dels anys. En els homes grans també és important la mortalitat per càncer de pulmó (veure *Figura 15*, pàgina 45). (Veure taules 4 a 8, pàgines 68 a 69).

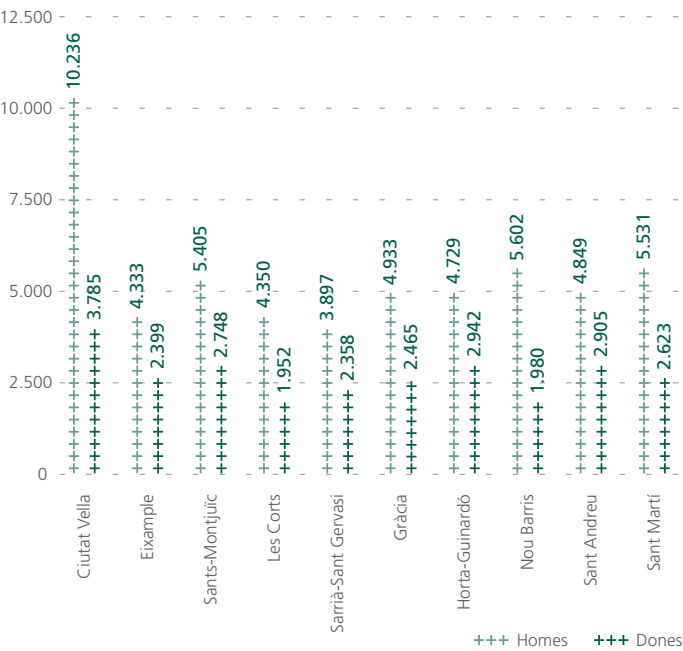
L'esperança de vida segueix augmentant doncs la mortalitat per la majoria de causes disminueix.

**Quadre 2.** Indicadors de mortalitat segons sexe. Barcelona, 2002.

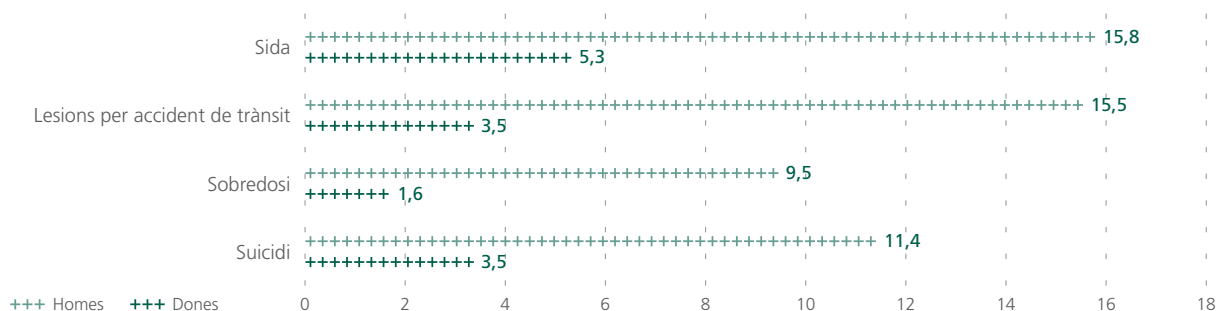
	Homes	Dones
Taxa bruta	1137,4	1050,0
Taxa estandarditzada per edat	1048,5	928,0
Taxa APVP estandarditzada per edat	5333,5	2624,9
Esperança de vida en néixer	76,4	83,1

Font: registre de mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Nota: APVP: anys potencials de vida perduts.

**Figura 12.** Taxa d'anys potencials de vida perduts, per districte i sexe. Barcelona, 2002.

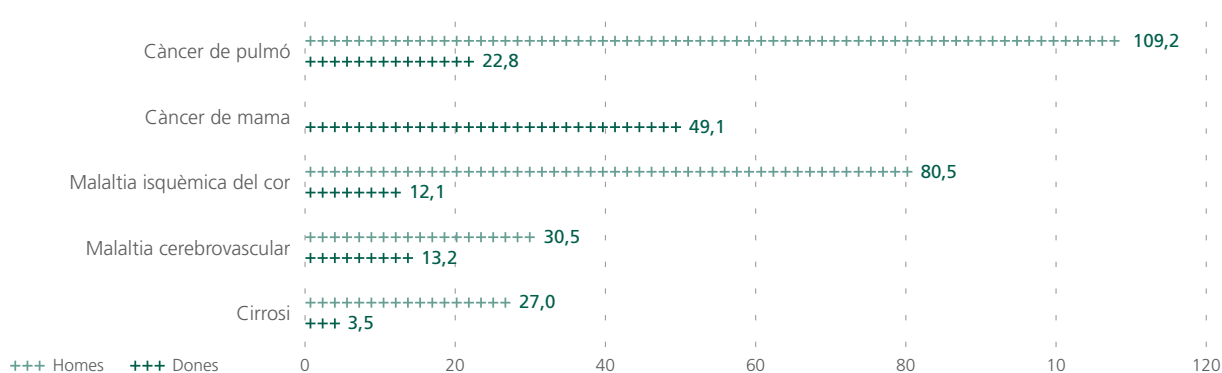


Font: registre de mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Nota: taxa estandarditzada per edat per 100.000 habitants d'1 a 70 anys.

**Figura 13.** Causes de mortalitat en homes i dones de 15 a 44 anys. Barcelona, 2002.

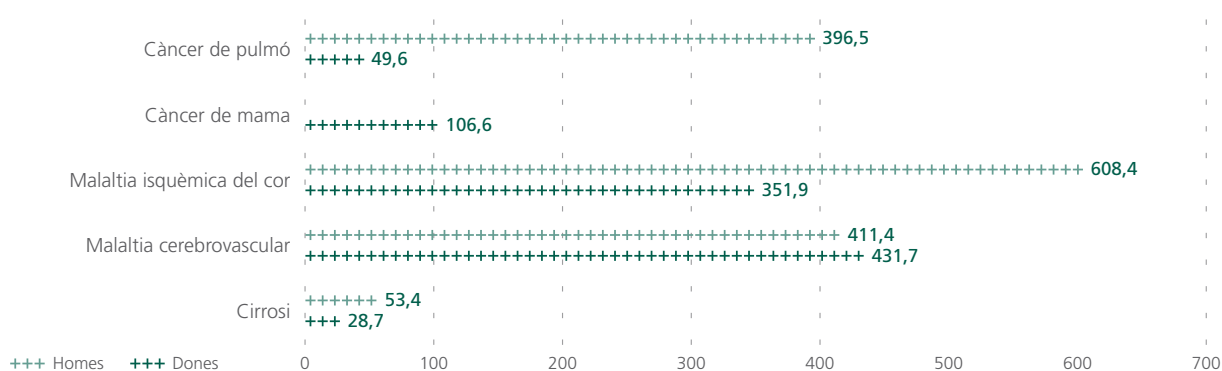
Font: registre de mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: taxes per 100.000 habitants.

**Figura 14.** Causes de mortalitat en homes i dones de 45-64 anys. Barcelona, 2002.

Font: registre de mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: taxes per 100.000 habitants.

**Figura 15.** Causes de mortalitat en homes i dones més grans de 64 anys. Barcelona, 2002.

Font: registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: taxes per 100.000 habitants.





# Monogràfics

47

## Presentació

Resum executiu  
Resumen ejecutivo  
Executive Summary  
La salut i els seus determinants

## Qui som

La situació demogràfica  
La situació socioeconòmica

## Com vivim

El medi ambient  
    L'aire  
    El soroll  
    Les aigües de mar  
    Les aigües de consum de proveïment públic  
    La seguretat i higiene dels aliments  
Els comportaments  
    Les conductes relacionades amb la salut  
    L'abús de substàncies psicoactives  
        L'ús de drogues no institucionalitzades  
        L'alcohol  
Els serveis sanitaris  
    La utilització de serveis sanitaris  
    L'atenció primària de salut  
    L'atenció a les urgències  
    L'atenció especialitzada hospitalària  
    L'atenció sociosanitària  
    L'atenció a la salut mental  
    L'atenció a la salut pública

## La nostra salut

La salut percebuda  
La salut maternoinfantil  
Els problemes de salut específics  
    La tuberculosi  
    La infecció VIH-sida  
Les lesions per accidents  
    Les lesions per accidents de trànsit  
    Les lesions per accidents de treball  
La mortalitat

## Monogràfics

Impacte de l'ona de calor sobre la salut a la ciutat de Barcelona l'estiu del 2003.  
Malalties de declaració obligatòria i immigració: incidència i patró de distribució a la ciutat.  
Motius per triar els serveis d'urgència dels hospitals per problemes de salut de resolució extrahospitalària.

## La salut a Barcelona 2003 en xifres



# Impacte de l'ona de calor sobre la salut a la ciutat de Barcelona l'estiu del 2003

48

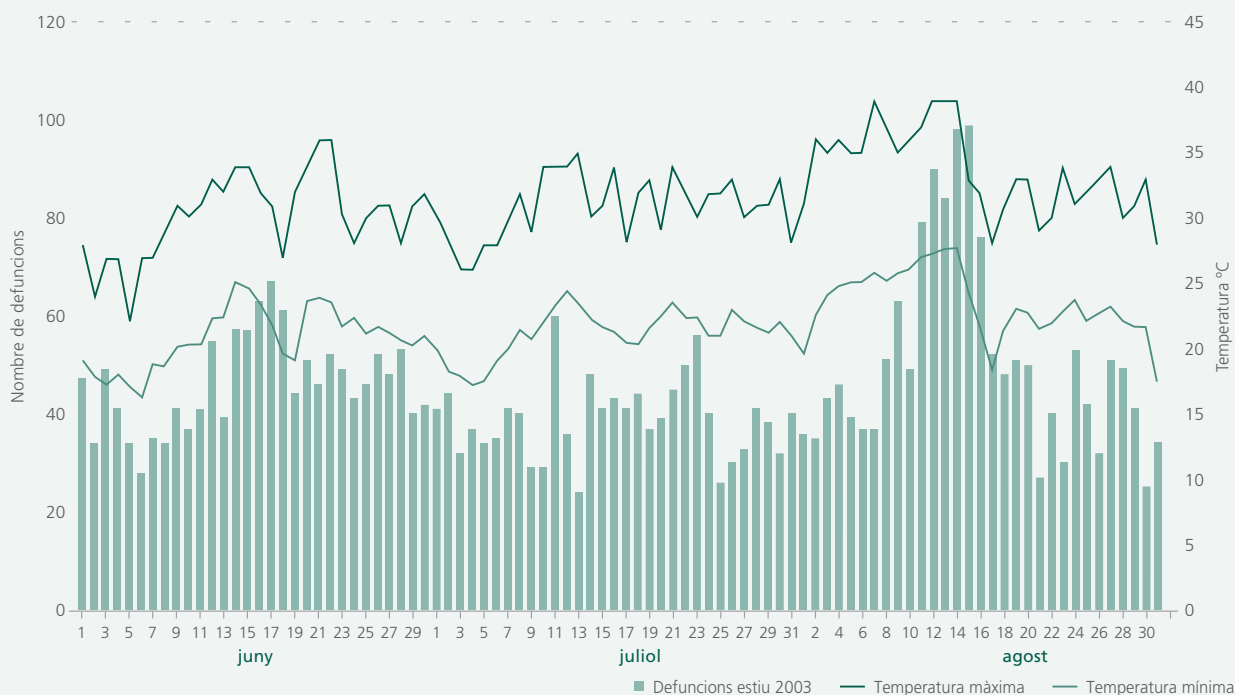
La relació entre la temperatura i la mortalitat ha estat àmpliament descrita en la literatura científica. La mortalitat augmenta significativament durant les ones de fred i de calor i la població de més edat i amb patologies subjacents n'és sempre la més afectada. La mitjana de l'excés de mortalitat deguda a altes temperatures es xifra entre el 12 % i el 40 % morts/dia als països occidentals.

L'estiu de l'any 2003 es va produir una ona de calor a diferents països d'Europa i es van batre records de temperatures en moltes ciutats europees; els efectes dels quals van ser un increment de la mortalitat arreu. Així, a França, amb una població de 59 milions de habitants, l'excés de defuncions associades a la calor es va xifrar en 14.800, fet que suposa un increment del 55 % comparat amb el mateix període d'anys anteriors. A Portugal, entre el 30 de juliol i el 15 d'agost, es van produir 1.316 morts més de

les esperades, mentre que a Itàlia, entre el 15 de juliol i el 15 d'agost, l'excés es va xifrar en 4.175 morts en els majors de 65 anys, i a Anglaterra, entre el 4 i el 12 d'agost, aquest excés de defuncions va ser de 2.045 morts més.

Una de les característiques més acusades de l'ona de calor que va afectar a Espanya l'estiu de 2003 fou la persistència de les altes temperatures, tant màximes com mínimes, que van estar per sobre dels valors propis de l'època, pràcticament sense solució de continuïtat, des de principis de juny fins a finals d'agost. Sens dubte, un episodi tan excepcional des del punt de vista climatològic va deixar veure el seu efecte en la mortalitat general. Encara que a Espanya el comunicat oficial del *Ministerio de Sanidad y Consumo* va xifrar les morts degudes a l'ona de calor en 141 (59 per cop de calor i 82 morts per descompensació de les patologies subjacents), fonts de l'INE estimen l'excés de defuncions durant els mesos d'estiu en 13.000 amb relació al mateix període de l'any anterior (publicat a *El País* 18-9-2003 i 29-6-2004, respectivament). Resultats d'estudis publicats recentment i portats a terme a escala nacional posen en evidència un increment de la mortalitat de més del 20 % en persones majors de 65 anys durant el mes d'agost de 2003.

**Figura 1.** Nombre diari de defuncions i temperatures màximes i mínimes. Barcelona, estiu 2003.



Font: serveis funeraris de Barcelona.

A Catalunya les temperatures de juny, juliol i agost de 2003 van ser entre 3,2 °C i 5,6 °C més altes que la mitjana enregistrada des de l'any 1914. A Barcelona, durant el mes de juny ja es van observar temperatures màximes superiors a 35 °C, però va ser durant la primera quinzena del mes d'agost de 2003 quan es va arribar a temperatures màximes diàries de 39 °C, mantenint-se durant aquest període per sobre dels 35 °C. Entre els dies 8 i 16 d'agost es van mantenir màximes de més de 38 °C durant tres dies consecutius, amb mínimes entre els 26 °C i els 27 °C -dades de l'Observatori Fabra de Barcelona- (veure *Figura 1*, pàgina 48).

En tot episodi d'ona de calor, l'impacte sobre la salut es manifesta de manera més marcada pels seus efectes indirectes (sobretot per complicacions de la deshidratació en persones amb malalties prèvies i/o d'edat avançada). En canvi, l'impacte dels efectes directes, a través d'un increment de morts per hipertèrmia maligna o cop de calor sol ser reduït. És per això que els resultats de l'estudi que aquí es presenten se centren en la informació relativa al conjunt de la mortalitat, i no únicament en les morts per

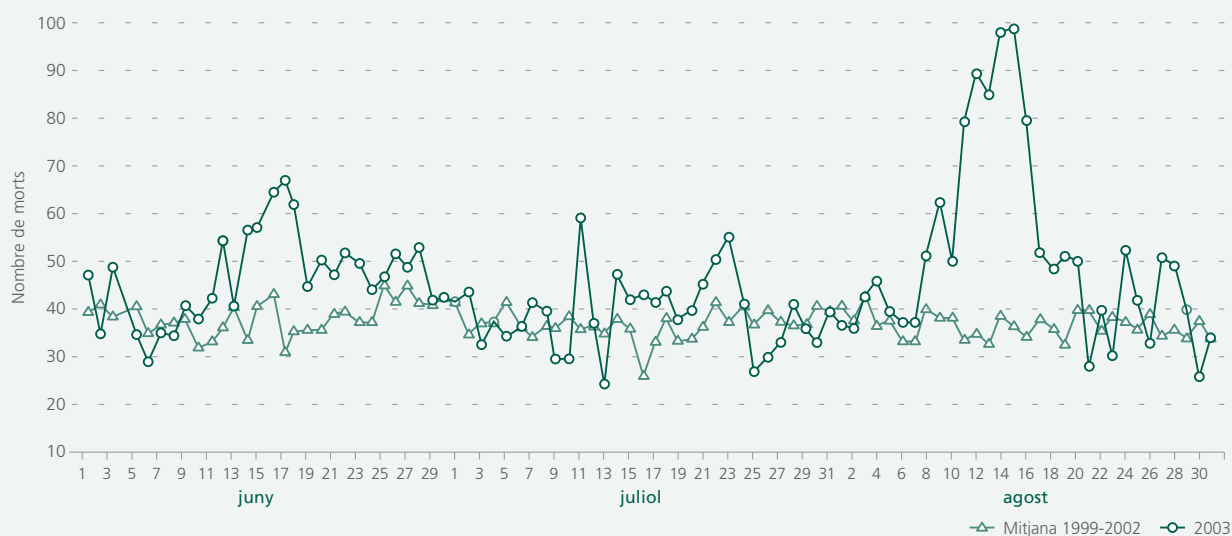
hipertèrmia maligna que, d'altra banda, poden ser difícils d'objectivar clínicament. Les dades d'aquest estudi provenen dels serveis funeraris de Barcelona. Aquestes dades s'utilitzen habitualment en vigilància epidemiològica per la seva ràpida disponibilitat, a més de mostrar una bona correlació amb les del registre de mortalitat de Barcelona. Les dades inclouen els casos de residents a Barcelona enterrats o incinerats a la mateixa ciutat (que són el 90 % del total de residents).

En el mes d'agost de 2003, el nombre de defuncions va ascendir a 1.587, fet que suposa un 42 % més que la mitjana dels 4 anys anteriors. Aquest increment va ser més marcat entre els dies 8 i 16 d'agost, període en el qual les defuncions van ascendir a 689, cosa que significa un increment del 112 % amb relació a la mitjana dels últims 4 anys. Més del 90 % d'aquest excés es va produir en persones majors de 60 anys (*veure Figura 2*).

En la distribució per edat i sexe, s'observa un increment de les defuncions a partir dels 70 anys, tant en homes com en dones, i són les persones majors de 90 anys les més afectades, amb increments superiors al 80 % en comparació amb la mitjana dels 4 anys anteriors (veure Figura 3, pàgina 50).

Amb relació al lloc de residència, s'observen increments de mortalitat en els més grans de 60 anys en tots els districtes, encara que amb variacions. A Sarrià-Sant Gervasi (93 %), Ciutat Vella (88 %) i a Gràcia (70 %) els increments van ser més marcats. En conjunt, la taxa de

**Figura 2.** Defuncions de residents a Barcelona durant l'estiu de 2003. Barcelona, estiu 2003 i mitjana dels anys 1999-2002.



Font: serveis funeraris de Barcelona.

mortalitat pels habitants de Barcelona més grans de 60 anys va passar de 240 morts/100.000 habitants l'agost dels anys 1999-2002 a 350 morts/100.000 habitants l'agost de 2003 (veure Figura 4). Finalment, amb relació al lloc de la defunció, el 56 % va tenir lloc en un centre hospitalari, el 22 % en residències i el 20 % en el domicili propi, mentre que els anys anteriors la distribució va ser del 57 %, 17 % i 22 %, respectivament.

L'augment sostingut de temperatures l'estiu de 2003 va impactar en la mortalitat. Així, una de cada quatre morts observades a Barcelona fou atribuïble al calor. És a dir, de les aproximades 1.600 morts ocorregudes a Barcelona durant el mes d'agost de 2003, unes 400 estaven relacionades amb l'increment de la temperatura. Aquest increment de mortalitat va afectar sobretot a les persones d'edat més avançada (més de 70 anys).

Aquests primers resultats posen clarament en evidència la importància de les ones de calor en la salut pública. Es tracta d'un problema tant o més important, si tenim en compte el risc de noves ones de calor que podrien ser cada cop més freqüents degut al possible canvi climàtic i al fet que l'impacte sanitari estaria amplificat per l'envelliment de la població. Per això, la major part dels països han engegat accions clares a nivell local, nacional i internacional.

#### Referències bibliogràfiques

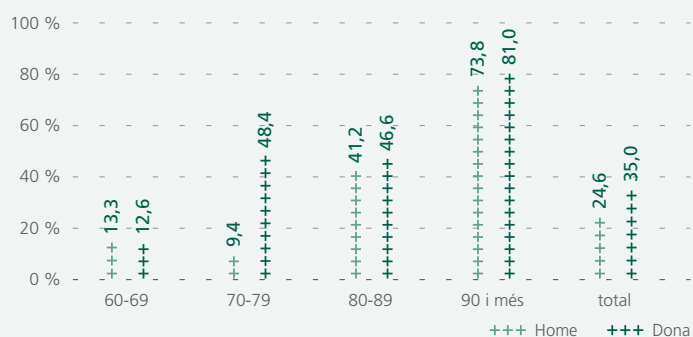
Basu R, Samet JM. *Relation between elevated ambient temperature and mortality: a review of the epidemiologic evidence*. Epidemiol Rev 2002; 24:190-202.

Hémon D, Jouglu E. *The heat wave in France in August 2003*. Rev Epidemiol Sante Publique 2004; 52(1):3-5.

Martinez Navarro F, Simon-Soria F, Lopez-Abente G. *Evaluación del impacto de la ola de calor en la mortalidad en el verano de 2003*. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1): 250-258

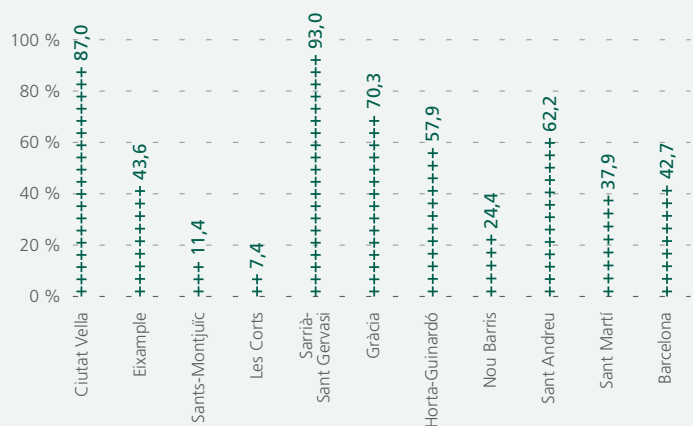
Per tal de prevenir i minvar els efectes que podria tenir una nova ona de calor a Barcelona i a la resta de Catalunya, s'ha dissenyat i s'ha posat en marxa al juny de 2004 un Pla d'actuació per prevenir els efectes de l'ona de calor sobre la salut (POCS). Els seus objectius principals són predir amb l'anticipació màxima que permetin els mitjans tècnics, les possibles situacions meteorològiques de risc i minimitzar els efectes negatius de l'ona de calor sobre la salut de la població, especialment de les persones més vulnerables.

**Figura 3.** Increment percentual de les taxes de mortalitat específiques en residents a Barcelona, ocorregudes l'agost de 2003 amb relació a la mitjana dels anys 1999-2002, segons grups d'edat. Barcelona, agost 2003 i mitjana dels anys 1999-2002.



Font: serveis funeraris de Barcelona.

**Figura 4.** Increment percentual de les taxes estandarditzades de mortalitat en persones majors de 60 anys ocorregudes l'agost de 2003 amb relació a la mitjana dels anys 1999-2002, segons districte de residència. Barcelona, agost 2003 i mitjana dels anys 1999-2002.



Font: serveis funeraris de Barcelona.



# Malalties de declaració obligatòria i immigració: incidència i patró de distribució a la ciutat

De les 35 malalties de declaració obligatòria a Catalunya (sense incloure la tuberculosi i la sida), 9 són les que presenten una incidència superior en immigrants respecte a la població autòctona. L'evolució de la raó de taxes d'incidència entre immigrants i autòctons per aquestes malalties es mostra en les següents figures, on es destaca l'augment de la diferència entre ambdós grups de població en els últims anys. El patró de transmissió predominant correspon al de persona a persona, on els factors socioeconòmics situen el col·lectiu d'immigrants en un major risc.

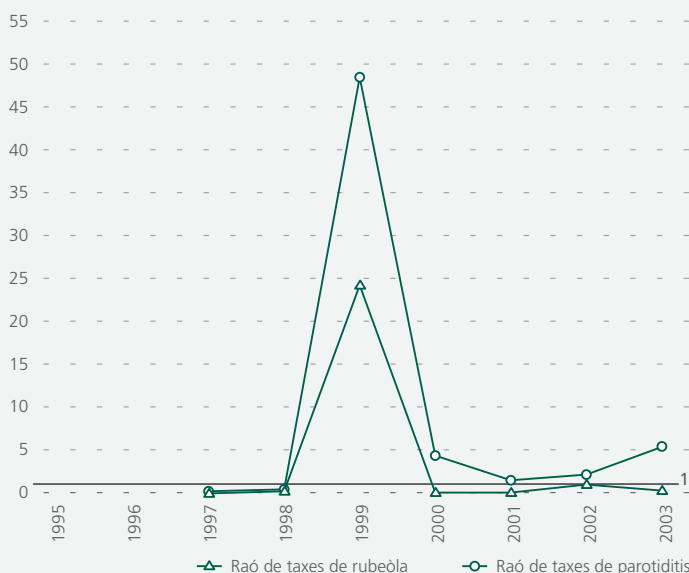
La distribució per edats també és diferent entre ambdós col·lectius, de forma que en les malalties vacunables com el xarampió, la rubèola i la tos ferina la incidència és superior en les edats prèvies a la primera dosi que estableix el calendari de vacunació del nostre país (veure *Figura 5*, *Figura 6* i *Quadre 1*, pàgina 53). En l'hepatitis A, la vacunació als 12 anys no evita el patró que presenta el col·lectiu d'immigrants en infants fins als 9 anys d'edat i no evita tampoc la incidència en la població d'adults joves per transmissió sexual (veure *Figura 7*, pàgina 52 i *Quadre 1*, pàgina 53). Per l'hepatitis B i la malaltia meningocòccica del serogrup C, la incidència es produeix en adults joves que no han estat vacunats (veure *Figura 7* i *Figura 8*, pàgina 52 i *Quadre 1*, pàgina 53). És possible que l'afectació per febre tifoide i shigel·losi estigui relacionada amb el país d'origen pels motius següents: la forma de presentació de l'any 1989 al 1992 i a partir del 2000, l'afectació d'ambdues malalties en infants i l'afectació de shigel·losi en persones grans, i la forma de transmissió d'ambdues malalties (veure *Figura 9*, pàgina 52 i veure *Quadre 2*, pàgina 53).

**Figura 5.** Evolució de la raó de taxes d'incidència entre immigrants i autòctons per xarampió i tos ferina. Barcelona, 1995-2003.



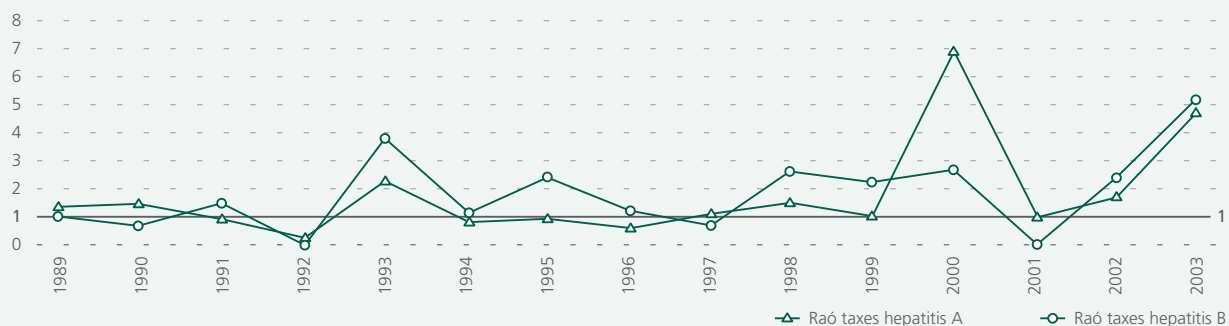
Font: sistema de vigilància epidemiològica per a malalties de declaració obligatòria, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 6.** Evolució de la raó de taxes d'incidència entre immigrants i autòctons per rubèola i parotiditis. Barcelona, 1995-2003.

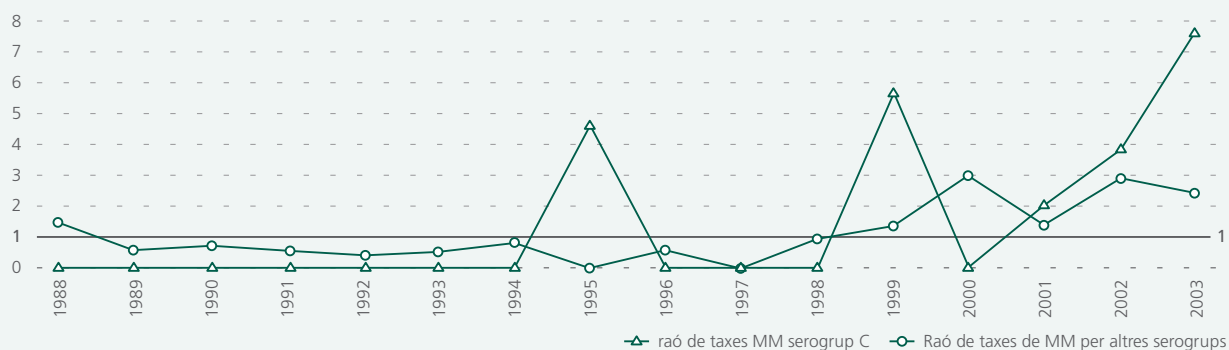


Font: sistema de vigilància epidemiològica per a malalties de declaració obligatòria, Agència de Salut Pública de Barcelona.

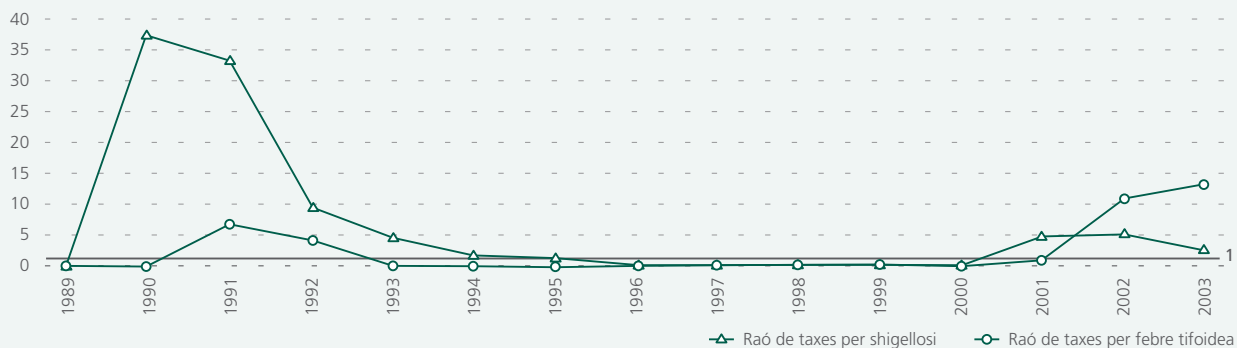
Cal personalitzar el calendari vacunal en aquest col·lectiu segons les característiques d'augment de risc que es trobin. Caldria tenir en compte tant la situació d'amuntegament, alimentació i accés als serveis sanitaris, com el contacte freqüent entre el país d'origen i el d'acollida. Aquesta personalització s'hauria de dur a terme en totes les edats i no tan sols en la infància. Pel que fa a les malalties com la febre tifoide, la shigel·losi i la malaltia meningocòccica, el sistema de vigilància només pot aspirar a evitar casos secundaris.

**Figura 7.** Evolució de la raó de taxes d'incidència entre immigrants i autòctons per hepatitis A i B. Barcelona, 1989-2003.

Font: sistema de vigilància epidemiològica per a malalties de declaració obligatòria, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 8.** Evolució de la raó de taxes d'incidència entre immigrants i autòctons per malaltia meningocòccica. Barcelona, 1988-2003.

Font: sistema de vigilància epidemiològica per a malalties de declaració obligatòria, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 9.** Evolució de la raó de taxes d'incidència entre estrangers i autòctons per shigel·losi i febre tifoidea. Barcelona, 1989-2003.

Font: sistema de vigilància epidemiològica per a malalties de declaració obligatòria, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Quadre 1.** Taxa d'incidència mitjana per 100.000 habitants per grups d'edat en població immigrant i autòctona per a les malalties amb política de vacunació. Barcelona, anys 2001-2003.

Calendari vacunal per triple vírica	Edat	Taxes xarampió		Taxes rubeòla		Taxes parotiditis	
		en immigrants	en autòctons	en immigrants	en autòctons	en immigrants	en autòctons
15 mesos	0-4 a.	8,5	-	8,5	-	33,9	10,8
	5-9 a.	-	0,6	-	-	37,1	8,9
4 anys	10-14 a.	-	-	-	-	26,2	4,3
	15-19 a.	-	0,9	-	-	15,9	2,8

Calendari vacunal	Edat	Taxes tos ferina		Taxes MM serogrup C		Taxes hepatitis A		Taxes hepatitis B	
		en immigrants	en autòctons	en immigrants	en autòctons	en immigrants	en autòctons	en immigrants	en autòctons
Tos ferina: 2,4,6,18 m 4-6 anys	0-4 a.	42,3	6,9	-	1,3	50,8	7,6	-	1,3
	5-9 a.	-	-	-	3,8	92,7	3,2	-	-
	10-14 a.	-	-	-	0,6	8,7	3,7	-	-
	15-19 a.	-	0,8	-	0,9	-	1,4	15,9	0,9
MMC: 2,4,6 m	20-29 a.	-	-	7,7	-	13,9	6,8	4,5	2,5
	30-39 a.	-	-	-	0,5	13,5	14,0	8,6	4,2
	40-49 a.	-	0,2	-	-	15,3	2,1	2,5	1,7
Hepatitis A+B: 12 anys	50-59 a.	-	0,2	-	0,3	-	0,7	13,4	1,8
	60-69 a.	-	-	-	0,2	-	-	14,9	0,6
	> 69 a.	-	0,6	-	1,7	-	0,6	-	6,4

Font: sistema de vigilància epidemiològica per a malalties de declaració obligatòria, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Quadre 2.** Taxa d'incidència mitjana per 100.000 habitants, de febre tifoide, shigel·losi i malaltia meningocòccica per serogrup B, per grups d'edat en població immigrant i autòctona. Barcelona, anys 2001-2003.

Edat	Taxes febre tifoide		Taxes shigel·losi		Taxes malaltia meningocòccica	
	en immigrants	en autòctons	en immigrants	en autòctons	en immigrants	en autòctons
0-4 a.	8,4	1,3	8,5	-	33,9	10,8
5-9 a.	-	-	18,5	3,8	9,3	5,1
10-14 a.	8,7	0,6	8,7	0,6	8,7	-
15-19 a.	-	1,4	7,9	1,9	23,8	2,4
20-29 a.	1,2	0,6	6,4	1,7	2,5	0,8
30-39 a.	-	0,3	4,9	2,6	-	0,5
40-49 a.	-	0,3	5,1	0,7	2,5	0,7
50-59 a.	-	0,7	6,7	0,5	-	0,9
60-69 a.	-	0,2	-	-	-	0,9
> 69 a.	-	2,3	16,2	1,1	-	2,3

Font: sistema de vigilància epidemiològica per a malalties de declaració obligatòria, Agència de Salut Pública de Barcelona.

# Motius per triar els serveis d'urgència dels hospitals per problemes de salut de resolució extrahospitalària

54

Un dels problemes actuals dels serveis d'urgències hospitalaris és la seva creixent massificació. Una part del problema pot explicar-se per la seva utilització inadequada, ja que hi acudeixen persones amb problemes de salut que es podien haver atès i resolt a nivell extrahospitalari.

Hi ha pocs estudis que tractin d'entendre quins són els motius que té la població per triar els serveis d'urgències hospitalaris en lloc d'altres recursos extrahospitalaris, principalment l'Atenció Primària (APS). Aquest va ser el motiu pel qual es fer aquest estudi, tot utilitzant una metodologia qualitativa de tipus interpretatiu on la recollida de dades es va realitzar mitjançant grups focals de persones de Barcelona ciutat i de les poblacions gironines de La Jonquera i Llançà. Els grups es van segmentar segons haguessin utilitzat els serveis d'urgències hospitalaris o els centres d'APS per resoldre problemes de salut semblants i no greus. A la discussió del grup van trobar-se cinc elements importants en el procés de presa de decisió, tal i com es mostra al *Quadre 3*.

A la *Figura 10* (veure *Figura 10*, pàgina 55) es representa el marc explicatiu de la conducta, elaborat a partir de les relacions i propietats de les categories d'anàlisi emergides dels discursos. La percepció dels símptomes genera la consideració de pèrdua de salut i constitueix el fet desencadenant. El tipus de símptomes i el grau de coneixement dels mateixos, bé pel propi individu com pel seu entorn proper, condueixen a catalogar-los com a coneguts o desconeguts i com a greus o no greus. La següent etapa, i molt crucial, és l'elaboració o no d'un autodiagnòstic; entès com una idea o significat d'allò que està passant a la persona. La presència o absència d'autodiagnòstic determina la necessitat (greu/no greu) i el tipus d'atenció que es necessita.

En general, són els símptomes desconeguts, i aquells que són coneguts però que han tingut en altre moment un mal desenllaç, els casos que no condueixen a un autodiagnòstic. En aquests casos, i en els casos en què l'autodiagnòstic fa referència a un òrgan vital (p. ex. «pensava que era del cor»), es pren la decisió d'anar a

**Quadre 3.** Categories que emergeixen dels discursos com a factors importants en la presa de decisió de triar un tipus o un altre de servei d'urgències per a la resolució de problemes de salut que podrien haver estat resolts en l'àmbit extrahospitalari.

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Percepció de símptomes que es valoren com a pèrdua de salut                         |
| 2 | Elaboració d'un diagnòstic a partir dels símptomes                                  |
| 3 | Percepció de necessitat (valoració del cas a partir de l'autodiagnòstic)            |
| 4 | Coneixement de l'oferta de serveis sanitaris  |
| 5 | Valoració del context global de l'individu i posicionament a partir de la valoració |

Font: elaboració pròpia.

urgències, específicament als serveis d'urgències hospitalaris. En aquesta presa de decisió, l'angoixa desencadenada és un factor mediador entre la percepció de necessitat i la decisió, i actua a través d'un mecanisme circular que impedeix la construcció d'un significat d'allò que està succeint.

A partir d'aquí, es tenen en compte altres elements, sobretot el coneixement de l'oferta (incloent el coneixement emocional) i el context global de la persona (càrregues personals, laborals, disponibilitat de temps, etc.). Respecte a l'oferta, són importants les experiències prèvies, sobretot la relació establerta amb els professionals de l'APS, així com la pressuposició de la necessitat de recursos no disponibles a nivell extrahospitalari. En l'entorn rural estudiat, l'APS era ben coneguda per tots els usuaris, tant de serveis d'urgències hospitalaris com de serveis d'urgència de l'APS. Però en el cas dels participants de Barcelona, els usuaris de serveis d'urgències hospitalaris mostraven manca d'informació així com mala informació sobre l'oferta d'APS disponibles. Per exemple, es pressuposava que el servei d'urgència de l'APS no disposava de certa prova diagnòstica (radiografia) quan en realitat sí que existia.

Pel que fa al context vital de la persona, entès com les necessitats personals, familiars i socials, una de les principals valoracions que s'han expressat ha estat el factor «temps», amb relació a la disponibilitat, al cost d'oportunitat i a la flexibilitat o rigidesa de les obligacions bàsicament laborals o de la cura d'altres. Les càrregues familiars i el temps laboral (manca de flexibilitat, horaris extensos, precarietat laboral) fan que la presa de decisió es decanti cap a la tria d'un servei d'urgències hospitalari. El factor «temps d'espera» en un servei d'urgències hospitalari no és valorat negativament pels qui l'han utilitzat per patologies no greus. Aquest temps d'espera es justifica i al mateix temps es compara amb el temps de resolució a nivell extrahospitalari i, per tant, sempre en surt una valoració favorable. Temps per temps es prefereix perdre temps tot d'una tacada, que estones de temps repartides durant dies i mesos en atenció extrahospitalària.

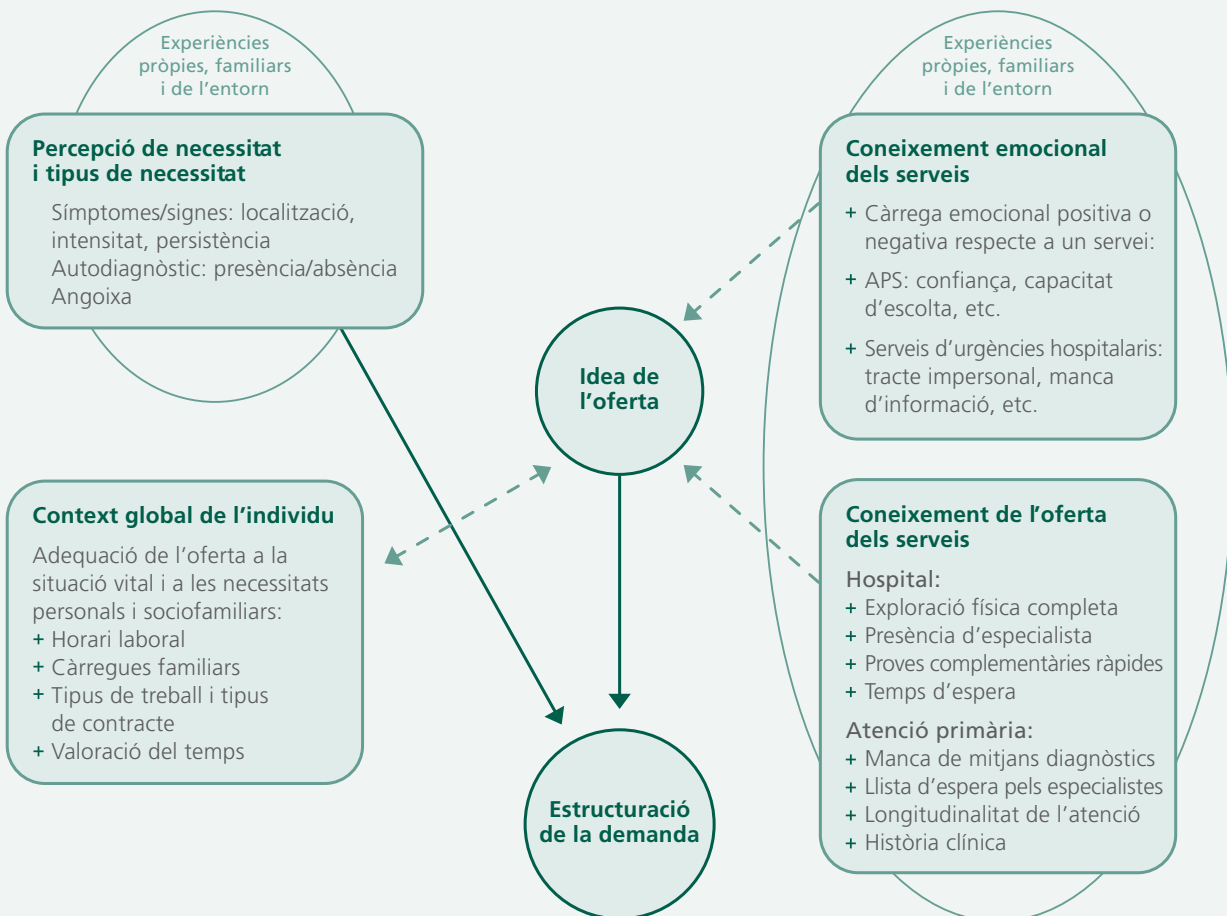
Finalment, únicament remarcar que l'accessibilitat geogràfica als serveis d'urgències hospitalaris –factor determinant de la demanda inadequada als serveis d'urgències hospitalaris en molts estudis–, no ha estat un factor emergent important en els discursos analitzats i quan ha sortit anomenat ha estat, paradoxalment, en els usuaris d'àmbit urbà i no en els d'àmbit rural.

Com a recomanació, caldria millorar l'accessibilitat als serveis extrahospitalaris, sobretot adaptant-los a la realitat social de la població a la qual donen servei. Així, per exemple, en els

entorns on hi ha una elevada precarietat laboral s'hauria de ser especialment curós en donar cobertures horàries àmplies. També convé millorar la coordinació entre els serveis i/o nivells d'atenció per tal de disminuir el temps de resolució dels processos. D'altra banda, és positiu escoltar a la població per conèixer quines són les seves necessitats i els seus motius per fer les coses d'una determinada manera i, en aquest sentit, les metodologies d'aproximació qualitativa ens aporten coneixements molt valuosos.

Caldria millorar l'accessibilitat als serveis extrahospitalaris, sobretot adaptant-los a la realitat social de la població a la qual donen servei.

Figura 10. Proposta de marc explicatiu de la presa de decisió d'anar a un servei d'urgències.







# La salut a Barcelona 2003 en xifres

57

## Presentació

Resum executiu  
Resumen ejecutivo  
Executive Summary  
La salut i els seus determinants

## Qui som

La situació demogràfica  
La situació socioeconòmica

## Com vivim

El medi ambient  
L'aire  
El soroll  
Les aigües de mar  
Les aigües de consum de proveïment públic  
La seguretat i higiene dels aliments  
Els comportaments  
Les conductes relacionades amb la salut  
L'abús de substàncies psicoactives  
L'ús de drogues no institucionalitzades  
L'alcohol  
Els serveis sanitaris  
La utilització de serveis sanitaris  
L'atenció primària de salut  
L'atenció a les urgències  
L'atenció especialitzada hospitalària  
L'atenció sociosanitària  
L'atenció a la salut mental  
L'atenció a la salut pública

## La nostra salut

La salut percebuda  
La salut maternoinfantil  
Els problemes de salut específics  
La tuberculosi  
La infecció VIH-sida  
Les lesions per accidents  
Les lesions per accidents de trànsit  
Les lesions per accidents de treball  
La mortalitat

## Monogràfics

Impacte de l'ona de calor sobre la salut a la ciutat de Barcelona l'estiu del 2003.  
Malalties de declaració obligatòria i immigració: incidència i patró de distribució a la ciutat.  
Motius per triar els serveis d'urgència dels hospitals per problemes de salut de resolució extrahospitalària.

## La salut a Barcelona 2003 en xifres

# Qui som

58

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1986-2001.

		1986	1991	1996	2000	2001
Població						
0-14	Homes	157.073	121.726	92.093	89.984	88.592
	Dones	148.243	115.104	87.544	85.557	84.543
15-44	Homes	354.869	352.714	314.536	315.932	317.954
	Dones	359.482	356.504	320.916	318.297	318.161
45-64	Homes	201.324	193.872	178.844	174.004	172.202
	Dones	228.532	218.143	203.061	197.532	196.389
65-74	Homes	59.021	68.244	76.425	76.541	74.974
	Dones	88.327	97.166	104.124	101.821	99.508
75 i més	Homes	34.345	39.432	43.087	51.322	31.502
	Dones	70.596	80.639	88.175	101.981	100.059
Total	Homes	806.632	775.988	704.985	707.783	705.224
	Dones	895.180	867.554	803.820	805.188	798.660
Població de 65 anys o més	Homes	11,6 %	13,9 %	16,9 %	18,1 %	17,9 %
	Dones	17,7 %	20,5 %	23,9 %	25,3 %	25,0 %
Índex de sobreenvelliment	Homes	36,8 %	36,6 %	36,0 %	40,1 %	29,6 %
	Dones	44,4 %	45,3 %	45,8 %	50,0 %	50,1 %
Gent gran que viu sola	65-74 anys	ND	27.533	31.280	35.402	31.935
			16,6 %	17,3 %	19,8 %	18,3 %
	75-84 anys	ND	21.857	27.207	34.310	34.387
			23,2 %	27,4 %	29,9 %	29,9 %
	85 i més	ND	4.664	7.683	12.597	12.597
			18,1 %	24,1 %	30,2 %	34,3 %
Nivell d'instrucció (16 anys i més)						
Sense estudis i primària incompleta		ND	18,9 %	15,8 %	14,8 %	11,6 %
Primària completa		ND	27,8 %	27,6 %	28,3 %	19,5 %
Estudis secundaris		ND	34,9 %	38,5 %	39,9 %	47,7 %
Títol de grau mig		ND	6,7%	7,3 %	5,8 %	8,9 %
Títol superior		ND	7,3 %	9,9 %	10,7 %	12,4 %
No conegut		ND	4,3 %	0,8 %	0,4 %	-
Població de nacionalitat estrangera		ND	1,4 %	1,9 %	3,5 %	4,9 %

Font: padró municipal 1986, 1991, 1996 i 2000, i cens 2001. Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.  
ND: no disponible.

**Taula 2.** Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur, segons sexe. Barcelona, 1995-2003.

	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1r. Trimestre 1995	65,2	41,4	55,3	31,5	15,3	24,1
2n. Trimestre 1995	64,2	42,3	53,8	32,1	16,3	24,0
3r. Trimestre 1995	62,9	42,5	52,7	31,7	16,3	25,3
4t. Trimestre 1995	61,2	42,3	51,1	32,2	16,4	24,0
1r. Trimestre 1996	61,4	40,9	50,6	31,4	17,6	23,1
2n. Trimestre 1996	60,3	41,2	49,4	32,3	18,0	21,6
3r. Trimestre 1996	60,6	41,9	49,1	32,4	19,1	22,8
4t. Trimestre 1996	61,7	41,8	49,9	32,9	19,1	21,4
1r. Trimestre 1997	58,8	40,9	47,8	32,1	18,7	21,6
2n. Trimestre 1997	60,1	42,0	50,9	32,6	15,3	22,3
3r. Trimestre 1997	62,1	43,2	53,6	34,1	13,8	21,0
4t. Trimestre 1997	61,5	41,4	53,3	32,6	13,3	21,1
1r. Trimestre 1998	61,7	41,5	54,6	32,2	11,6	22,4
2n. Trimestre 1998	63,2	40,6	56,3	31,9	11,0	21,5
3r. Trimestre 1998	63,7	41,2	56,3	31,5	11,6	23,4
4t. Trimestre 1998	61,8	40,0	54,8	31,6	11,3	21,2
1r. Trimestre 1999	60,3	38,9	54,1	31,8	10,3	18,2
2n. Trimestre 1999	58,8	39,0	53,8	32,3	8,5	17,2
3r. Trimestre 1999	57,9	37,9	52,6	32,4	9,1	14,7
4t. Trimestre 1999	59,2	40,0	53,3	33,1	9,9	17,2
1r. Trimestre 2000	59,0	39,1	53,0	33,6	10,1	14,1
2n. Trimestre 2000	58,8	38,6	53,0	34,0	9,8	11,9
3r. Trimestre 2000	59,0	38,8	53,3	34,4	9,7	11,4
4t. Trimestre 2000	59,7	39,6	54,5	34,9	8,8	11,9
1r. Trimestre 2001	58,4	39,4	52,4	35,0	10,3	11,0
2n. Trimestre 2001	57,1	39,1	51,6	34,1	9,7	12,8
3r. Trimestre 2001	57,5	40,1	52,3	34,5	8,9	14,0
4t. Trimestre 2001	55,5	39,7	50,9	34,0	8,4	14,3
1r. Trimestre 2002	61,5	43,9	55,2	37,6	10,2	14,4
2n. Trimestre 2002	61,4	42,9	56,0	37,0	8,8	13,8
3r. Trimestre 2002	62,9	42,9	57,2	36,7	9,1	14,4
4t. Trimestre 2002	63,3	43,3	56,3	38,0	11,0	12,3
1r. Trimestre 2003	63,6	43,5	56,9	37,7	10,6	13,2
2n. Trimestre 2003	63,5	44,6	57,4	39,2	9,6	12,1
3r. Trimestre 2003	65,3	44,5	58,6	38,8	10,2	12,8
4t. Trimestre 2003	65,1	44,6	60,1	39,6	7,8	11,2

Font: Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística.

Nota: l'any 2002 va canviar la metodologia de la EPA, de manera que les dades d'aquest any i els següents no són comparables amb les dels anys anteriors.

++++

# Com vivim

60

**Taula 1.** Resultats de les anàlisis de plaguicides realitzades en aliments. Barcelona, 2003.

Grups d'aliments	Anàlisis realitzades	Núm. de plaguicides i metabolits investigats	Núm. de plaguicides i metabolits diferents trobats	Mostres sense residus detectables	Mostres amb residus ≤ LMR	Mostres amb residus > LMR
Carns fresques	19	22	0	19 (100 %)	0	0
Vísceres	13	22	0	13 (100 %)	0	0
Ous	15	22	0	15 (100 %)	0	0
Mantega	16	22	0	16 (100 %)	0	0
Cereals i derivats	31	88	1	27 (87,1 %)	4 (12,9 %)	0
Hortalisses	29	88	6	25 (86,2 %)	4 (13,8 %)	0
Fruïtes	30	88	1	28 (93,3 %)	2 (6,7 %)	0
Fruits secs	20	88	1	19 (95,0 %)	0	1 (5,0 %)
Condiments i espècies	20	88	2	18 (90,0 %)	0	2 (10,0 %)
Té i infusions	19	88	2	17 (89,5 %)	0	2 (10,5 %)

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments, Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Taula 2.** Evolució de la incidència de l'ús de drogues no institucionalitzades. Barcelona, 1993-2003.

Homes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Heroïna	396,39*	187,93	184,29	235,04	221,88	152,22	102,32	151,27	101,80	97,74	67,27
Cocaïna	39,29*	47,49	55,58	62,49	95,55	107,75	112,14	196,98	168,04	136,84	135,74
Tots	511,64*	313,52	371,68	404,54	438,42	347,84	293,35	472,64	380,87	331,71	354,22
Dones											
Heroïna	107,30*	56,75	56,45	68,18	63,61	41,42	28,27	41,22	29,14	19,22	15,73
Cocaïna	11,97*	14,99	14,19	18,98	28,95	34,13	32,36	66,22	53,94	42,72	42,40
Tots	139,12*	93,22	104,17	127,26	130,73	104,42	81,15	145,38	126,48	99,88	97,60

Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Notes: taxes per 100.000 habitants de 15 a 49 anys estandarditzades per edat i sexe. La població de referència per l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró de 1996. \*L'any 1993 és el segon any del sistema d'informació, i encara es detectaren casos prevalents.



**Taula 3.** Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 1995-2003.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Atenció Primària de Salut<sup>1</sup></b>									
<b>Cobertura de la RAP<sup>2</sup></b>									
% d'ABS reformades	34,9 %	40,9 %	47,0 %	51,5 %	54,6 %	69,2 %	81,8 %	94,0 %	100 %
% població total en ABS reformades	28,9 %	35,1 %	42,7 %	46,3 %	48,9 %	65,4 %	81,1 %	94,2 %	100 %
<b>Utilització</b>									
Visites hab. any (xarxa reformada)	5,2	5,3	6,3	5,7	5,5	5,6	5,6	6,0	4,9
Visites hab. any (xarxa no reformada)	4,9	4,7	5,2	4,9	4,8	5,5	3,4	4,9	ND
<b>Programes</b>									
Vacunació antigripal. Cobertura vacunació antigripal en majors de 64 anys (60 a. en el 2003).	51,0 %	51,6 %	52,4 %	49,6 %	51,7 %	56,7 %	52,6 %	57,5 %	53,3 %
Atenció domiciliària. Cobertura del programa en la població major de 64 a.	5,4 %	5,5 %	4,9 %	5,9 %	6,0 %	6,1 %	6,1 %	6,4 %	6,1 %
<b>Atenció a les urgències</b>									
<b>Utilització</b>									
<b>Urgències hospitalàries</b>									
Nombre d'urgències ateses <sup>3</sup>		579.375	572.922	585.941	652.233	668.453	690.479	711.552	721.377
<b>Activitat SCUB-061</b>									
Nombre de trucades		557.581	505.904	558.211	633.136	625.583	631.142	677.982	686.169
Nombre d'urgències a domicili		81.865	78.124	71.317	62.841	61.266	59.972	53.047	56.342
Nombre d'emergències <sup>4</sup>		67.941	71.286	73.715	72.344	71.115	72.258	78.024	160.490
<b>Activitat als centres d'atenció continuada/dispensaris parahospitalaris</b>									
Nombre de visites de metge			183.636	158.957	170.699	181.498	188.489	194.072	205.810
<b>Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut</b>									
Nombre de domicilis d'aguts					160.873	130.915	106.960	115.971	109.456
<b>Atenció especialitzada hospitalària</b>									
<b>Oferta</b>									
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 hab.	3,6	3,7	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3
<b>Utilització<sup>5</sup></b>									
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a BCN	86,8	87,4	85,6	86,8	88,7	91,0	89,6	103,96	102,5
% de residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària	7,4 %	7,5 %	7,2 %	7,0 %	7,0 %	6,7 %	7,3 %	6,5 %	8,6 %
% d'altres als hospitals de la XHUP de BCN que són de no residents a la ciutat	35,5 %	32,7 %	34,3 %	33,3 %	33,1 %	33,6 %	33,6 %	31,6 %	32,7 %

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

<sup>1</sup>Atenció Primària de Salut, des del 1995 fins l'any 2001, la utilització, així com els programes de vacunació i d'atenció domiciliària fan referència únicament a la xarxa reformada. <sup>2</sup>Reforma de l'Atenció Primària de Salut. <sup>3</sup>A partir de l'any 1999 en el nombre d'urgències hospitalàries ateses s'inclou l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. <sup>4</sup>A partir de l'any 2003 la informació sobre les emergències realitzades pel SCUB-061 no es pot desglossar i inclou els serveis d'ambulància sanitaritzada, ambulància amb metge, metge d'emergències i transport urgent no sanitaritzat. La informació equivalent als anys 1999-2002 seria: 131.571, 133.083, 153.826 i 155.764, respectivament. <sup>5</sup>El càlcul del 2002 s'ha realitzat tenint en compte la variable «alta hospitalària» que utilitza el CatSalut. ND: no disponible.

Taula 3. (continuació) &gt;

++++

**Taula 3. (continuació)** Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 1995-2003.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Atenció sociosanitària</b>									
<b>Recursos</b>									
<b>Internament</b>									
Llits de llarga estada (n)	947	947	947	969	980	1.046	1.116	1.151	1.239
Convalescència (n)	288	288	321	333	351	373	443	443	565
Cures pal·liatives (n)	93	93	95	95	95	95	105	107	107
Sida (n)	49	49	49	49	45	35	35	35	35
Places hospitals de dia	130	130	155	155	155	155	209	209	234
Núm. equips PADES	12	12	12	13	13	15	17	17	17
Núm. equips UFISS hospitalària	5	5	7	7	7	9	10	12	12
Equips Avaluació Integral Ambulatoria									5
<b>Utilització</b>									
Núm. pacients llits llarga estada	2.180	2.395	2.381	3.042	3.086	2.897	2.858	3.163	2.838
Núm. pacients unitats convalescència	1.786	1.948	1.993	2.472	2.522	2.590	2.752	3.588	4.089
Núm. pacients unitats cures pal·liatives	1.022	1.092	1.140	1.305	1.108	949	872	1.087	1.028
Núm. pacients unitats de Sida	292	291	210	258	206	156	140	136	57
Núm. pacients unitats hospital de dia	237	409	469	531	256	658	281	644	703
PADES (inclou ETODA)	3.589	3.813	3.599	3.624	3.683	3.713	4.222	4.099	4.006
UFISS	642	1.311	3.107	4.323	2.712	5.741	7.137	9.572	5.204
EAIA (processos) <sup>6</sup>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	1.213
<b>Atenció a la salut mental</b>									
<b>Recursos</b>									
<b>Ambulatori</b>									
Núm. centres d'adults (CSMA)	15	15	15	15	15	15	15	15	16
Núm. centres infantils i juvenils (CSMIJ)	10	10	10	10	10	10	10	10	11
Núm. llits d'hospitalització psiquiàtrica	327	339	345	367	380	380	345	406	359
Núm. places hospitals de dia	90	90	90	90	109	114	136	147	157
<b>Recursos de rehabilitació</b>									
Núm. places en centres de dia	407	407	407	407	499	499	572	632	632
<b>Utilització. Nombre persones ateses a:</b>									
CSMA <sup>7</sup>	18.016	22.750	25.157	22.878	26.828	27.703	ND	33.799	36.776
CSMIJ <sup>8</sup>	5.499	5.215	6.562	4.299	5.222	5.950	ND	6.081	7.384
Hospitals (altes)	3.191	3.191	3.454	4.286	4.428	4.489	4.504	4.552	4.706
Centres de dia	ND	625	ND	760	779	876	977	1.070	1.180

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

<sup>6</sup>EAIA: Equips d'Avaluació Integral Ambulatoria (nou recurs 2003). ND: no disponible. <sup>7</sup>No es disposa de dades d'un CSMA (població ABS 10E i 10F). Any 2003.<sup>8</sup>No es disposa de dades d'un CSMIJ (població ABS 10E i 10F). Any 2003. ND: no disponible.

**Taula 4.** Cobertures vacunals assolides. Barcelona, 2003.

Districte	Cobertura vacunació hepatitis A+B 6è de primària	Cobertura vacunació tètanus-diftèria 2n de secundària	Cobertura vacunació meningitis C 6è primària - 18 anys
Ciutat Vella	98,4	97,1	94,0
Eixample	75,0	73,1	79,5
Sants-Montjuïc	96,7	86,1	85,0
Les Corts	84,8	87,5	86,0
Sarrià-Sant Gervasi	88,3	80,0	73,3
Gràcia	91,5	86,3	85,0
Horta-Guinardó	98,6	94,7	92,1
Nou Barris	94,0	82,1	81,6
Sant Andreu	93,4	75,7	85,3
Sant Martí	93,4	92,0	88,7
<b>Total</b>	<b>90,2</b>	<b>83,6</b>	<b>83,0</b>

Font: Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Taula 5.** Programa de detecció precoç del càncer de mama. Barcelona, 2003.

Districte	Participació global (%)	Cobertura (%)	Taxa detecció de càncers x 1.000
Ciutat Vella <sup>1</sup>	73,0	84,3	9,8
Dreta Eixample <sup>2</sup>	39,5	81,1	8,0
Esquerra Eixample <sup>2</sup>	37,5	68,7	5,6
Sants-Montjuïc <sup>3</sup>	36,8	64,5	4,1
Les Corts <sup>3</sup>	34,8	64,4	5,1
Sarrià-St.Gervasi <sup>2</sup>	28,0	71,8	4,7
Gràcia	44,1	79,2	3,2
Horta-Guinardó	55,7	96,4	2,9
Nou Barris <sup>3</sup>	58,1	97,1	2,5
Sant Andreu <sup>4</sup>	43,5	83,0	11,3
Sant Martí	65,0	87,2	3,2

Font: oficina tècnica del Programa de cribratge de càncer de mama, Agència de Salut Pública de Barcelona.

<sup>1</sup>Durant el 2002 només es va fer cribratge a l'ABS 1A de la Barceloneta, per tant, el valor de la taula no correspon al de tot el districte. <sup>2</sup>Durant el 2002 es va fer la primera ronda del programa i per tant les dades són de dones convocades per primera vegada. <sup>3</sup>Durant el 2002 només es va fer la primera ronda del ABS 3B Poble Sec i per tant són dones convocades per primera vegada. A Les Corts és la mateixa situació que a l'ABS 4C Les Corts-Hèlios. Pel que fa a Nou Barris també són dades de primera ronda i de les ABS 8B i 8D Rio de Janeiro i de la 8G Roquetes. <sup>4</sup>Primera ronda de l'ABS 9C Congrés.

**Taula 6.** Cobertures d'alumnes (%) dels programes d'educació sanitària. Barcelona, curs 2002-2003.

Districte	Tori	PASE.bcn	CSF	Canvis	Decideix	Pressec	Parlem clar	I tu, què en penses?
Ciutat Vella	0,0	37,0	0,0	46,1	30,9	23,2	5,5	0,0
Eixample	16,0	57,1	5,5	34,5	60,3	31,7	3,4	13,5
Sants-Montjuïc	2,9	25,1	13,1	38,9	11,7	25,9	0,0	0,0
Les Corts	1,1	44,0	33,5	26,3	29,6	7,6	0,0	0,0
Sarrià-Sant Gervasi	0,0	0,0	14,4	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0
Gràcia	4,0	72,1	3,7	46,7	47,9	30,8	0,0	13,1
Horta-Guinardó	14,6	36,7	4,1	22,2	30,4	23,2	0,0	4,6
Nou Barris	9,3	34,8	21,0	35,7	59,0	34,2	8,4	11,6
Sant Andreu	0,0	5,5	2,6	26,3	5,0	4,8	0,0	0,0
Sant Martí	0,0	1,9	7,2	4,3	5,6	7,2	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>5,4</b>	<b>28,1</b>	<b>11,3</b>	<b>24,9</b>	<b>27,2</b>	<b>17,4</b>	<b>1,6</b>	<b>4,6</b>

Font: Agència de Salut Pública de Barcelona.

# La nostra salut

64

**Taula 1.** Indicadors de salut maternoinfantil. Barcelona, 1992-2002.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Taxa de natalitat per 1.000 habitants</b>	8,1	7,7	7,6	7,4	7,9	8,1	7,7	8,1	8,3	8,3	8,6
<b>Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)</b>											
Dones 15-49 anys	32,6	30,9	30,6	29,6	31,9	32,1	30,6	31,9	33,6	33,8	35,0
Dones 15-19 anys	3,6	3,5	2,6	2,6	3,0	3,4	2,9	3,6	3,7	4,9	4,6
Dones 35-39 anys	32,4	34,4	35,2	36,6	38,8	42,9	43,7	48,8	53,4	57,5	59,1
Dones 40-44 anys	4,2	4,2	4,8	4,5	5,8	6,5	6,1	8,4	9,4	11,2	11,9
<b>Embarassos en adolescents (dones &lt; 20 anys)</b>											
Núm. d'embarassos	614	662	536	580	503	598	596	646	684	726	720
Núm. d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)	389	440	374	417	365	441	459	478	510	541	551
% IVE sobre el total d'embarassos	63,5	66,5	69,7	71,9	72,5	73,7	77,0	73,9	74,7	74,5	76,5
<b>Naixements en adolescents (dones &lt; 20 anys)</b>											
Núm. de naixements	225	222	162	163	138	157	137	168	174	185	169
% naixements sobre el total de naixements	1,7	1,7	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	1,4	1,4	1,5	1,3
<b>Embarassos en adolescents (dones 14-17 anys)</b>											
Núm. d'embarassos	144	150	107	129	111	136	135	164	190	219	212
Núm. d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)	79	82	59	81	66	94	102	116	143	163	164
% IVE sobre el total d'embarassos	54,9	54,7	55,1	62,8	59,5	69,1	75,6	70,7	75,3	74,4	77,4
<b>Naixements en adolescents (dones 14-17 anys)</b>											
Núm. de naixements	65	68	48	48	45	42	33	48	47	56	48
% naixements sobre el total de naixements	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	3,0	3,2	3,3	3,9	3,4	4,1	4,2	6,0	7,7	8,7	8,4
Taxa de natalitat	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,3	1,0	1,5	1,9	2,2	1,9
Taxa d'IVE	1,7	1,7	1,8	2,5	2,0	2,9	3,1	4,5	5,8	6,5	6,5
<b>Naixements en dones &gt; 34 anys</b>											
Núm. de naixements	1.999	2.096	2.225	2.292	2.432	2.715	2.731	3.085	3.375	4.088	4.218
% naixements sobre el total de naixements	15,0	16,5	17,8	18,9	20,4	22,6	24,0	25,9	26,9	32,6	32,5
<b>Núm. total IVE en dones de 15 a 49 anys</b>	3.136	3.414	3.224	3.624	2.869	3.325	3.607	3.922	4.328	4.675	5.028
% IVE del total d'embarassos	18,9	21,1	20,4	22,9	19,3	21,4	23,6	24,2	25,6	27,1	28,0
% naixements en hospitals públics	39,0	40,5	41,8	42,2	41,6	41,9	43,5	43,6	45,0	46,6	48,6
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	3,0	3,6	4,1	4,2	5,0	4,7	4,7	5,2	8,4	7,4	11,9
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	7,0	6,8	7,2	8,7	8,7	8,3	8,6	8,8	10,3	9,0	9,8
% naixements amb baix pes al néixer (< 2.500 g) <sup>1</sup>	ND	5,3	6,1	6,3	6,3	7,0	7,8	8,1	7,6	7,4	7,4
% naixements prematurs (< 37 set. gestació) <sup>1</sup>	ND	6,4	6,6	6,8	6,6	7,6	7,7	8,0	7,7	7,3	7,4
% dones amb visita obstètrica al 1er trim. d'embaràs <sup>2</sup>	90,8	90,7	95,4	96,8	96,2	96,3	98,3	98,2	96,7	96,6	98,3
% dones amb ecografia al 5è-6 è mes d'embaràs <sup>2</sup>	80,4	85,3	89,1	87,7	89,9	92,1	92,5	91,0	89,4	93,2	96,9
Mitjana del nombre d'ecografies obstètriques <sup>2</sup>	5,0	4,8	5,0	5,5	5,2	5,6	5,4	5,4	5,3	5,3	5,7
% dones amb proves invasives per fer cariotip <sup>2</sup>	16,2	20,9	19,4	18,6	25,0	27,4	27,7	30,6	33,2	34,3	30,5
% dones fumadores durant l'embaràs <sup>2</sup>	53,5	59,6	52,4	47,7	44,6	46,2	39,3	45,1	39,4	28,8	34,0
% nascuts i IVE amb defectes congènits majors o múltiples <sup>3</sup>	1,6	2,0	2,0	1,9	1,8	2,1	2,1	2,5	2,1	2,1	2,1

Font: registre de naixements, Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Nota: els denominadors utilitzats han estat el padró de 1991 pel càlcul de les taxes de 1990 a 1993, el padró de 1996 pels anys 1994-2000 i el padró continu de 2000 pels anys 2001-2002.

<sup>1</sup>Sobre el total de naixements de parts simples. <sup>2</sup>Dades de la mostra de controls del Registre de Defectes Congènits de Barcelona (REDCB). <sup>3</sup>Dades del REDCB.

**Taula 2.** Evolució de la incidència de la tuberculosi i la sida. Barcelona, 1993-2003.

Homes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Tuberculosi</b>											
TBC no UDI*	74,92	66,51	68,63	62,70	52,91	48,94	43,59	46,30	46,66	39,24	35,22
TBC UDI (15-49 anys)	38,82	53,62	40,43	32,35	26,55	18,80	11,98	10,35	10,62	9,46	7,50
TBC total	95,11	94,30	89,65	79,72	66,95	58,72	50,03	51,74	52,25	44,48	39,07
<b>Sida</b>											
Sida heterossexuals (≥ 15 anys)	6,22	7,82	9,19	8,65	10,29	7,45	4,40	3,83	3,47	2,05	3,38
Sida homosexuals (≥ 15 anys)	20,54	27,14	28,19	16,15	12,24	7,38	7,00	5,82	6,54	5,36	5,53
Sida UDI (15-49 anys)	52,74	86,06	72,49	58,90	36,33	23,69	15,33	14,20	14,65	11,30	10,55
Sida total	53,73	77,01	71,90	53,19	40,48	26,78	19,87	17,65	16,63	12,78	14,93
<b>Dones</b>											
<b>Tuberculosi</b>											
TBC no UDI	31,67	32,08	28,17	28,99	28,36	28,12	21,60	23,67	18,37	19,58	22,52
TBC UDI (15-49 anys)	8,48	8,07	8,17	9,09	4,28	6,15	3,09	4,28	3,75	1,99	2,26
TBC total	35,62	35,83	31,97	33,22	30,36	30,98	23,04	25,66	20,12	20,50	23,57
<b>Sida</b>											
Sida heterossexuals (≥ 15 anys)	5,14	7,34	5,93	6,84	4,29	2,76	2,54	1,62	2,00	1,66	1,44
Sida UDI (15-49 anys)	13,70	21,10	19,56	18,18	12,41	6,24	5,09	5,84	5,30	3,49	2,80
Sida total	11,40	16,72	14,74	15,30	10,82	6,23	5,12	4,54	4,25	3,23	2,98

Font: registres de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat i sexe. La població de referència per l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró de 1996. \*TBC: Tuberculosi. UDI: Usuari Drogues Intravenoses.



**Taula 3.** Morbiditat per accident de trànsit atesa sanitàriament als serveis d'urgència hospitalaris, segons sexe, edat i tipus d'usuari. Barcelona, 1997-2003.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Homes</b>	<b>n = 5.372</b>	<b>n = 5.714</b>	<b>n = 6.386</b>	<b>n = 6.246</b>	<b>n = 6.005</b>	<b>n = 5.357</b>	<b>n = 6.827</b>
<b>Grup d'edat 0-14 anys</b>							
Usuaris de turismes	27,0%	33,1%	27,7%	26,7%	33,0%	26,3%	25,2%
Usuaris de motocicletes	4,1%	4,5%	4,5%	1,9%	2,8%	3,3%	3,8%
Usuaris de ciclomotors	3,3%	2,3%	10,7%	7,6%	1,7%	2,0%	3,1%
Vianants	63,1%	59,4%	57,1%	62,9%	61,0%	65,8%	66,7%
Altres*	2,5%	0,8%	0,0%	1,0%	1,1%	2,6%	1,3%
<b>Total</b>	<b>n = 168</b>	<b>n = 186</b>	<b>n = 173</b>	<b>n = 172</b>	<b>n = 206</b>	<b>n = 174</b>	<b>n = 184</b>
<b>Grup d'edat 15-44 anys</b>							
Usuaris de turismes	27,1%	25,4%	24,5%	27,1%	30,2%	27,9%	38,0%
Usuaris de motocicletes	41,1%	32,3%	29,7%	24,4%	34,4%	41,7%	33,1%
Usuaris de ciclomotors	20,8%	30,8%	35,8%	37,2%	24,9%	20,9%	18,6%
Vianants	10,0%	10,2%	8,7%	10,8%	9,6%	8,1%	9,0%
Altres	1,0%	1,4%	1,3%	0,6%	0,9%	1,4%	1,2%
<b>Total</b>	<b>n = 4.240</b>	<b>n = 4.591</b>	<b>n = 5.216</b>	<b>n = 5.136</b>	<b>n = 4.809</b>	<b>n = 4.236</b>	<b>n = 5.317</b>
<b>Grup d'edat 45-64 anys</b>							
Usuaris de turismes	39,2%	44,1%	42,4%	43,0%	45,5%	43,7%	50,5%
Usuaris de motocicletes	22,4%	16,6%	15,5%	13,6%	19,5%	28,1%	25,6%
Usuaris de ciclomotors	7,1%	6,1%	8,0%	8,0%	5,5%	3,1%	3,5%
Vianants	29%	31,0%	32,1%	32,6%	27,3%	21,4%	18,5%
Altres	2,3%	2,1%	2,0%	2,7%	2,3%	3,6%	1,8%
<b>Total</b>	<b>n = 662</b>	<b>n = 629</b>	<b>n = 664</b>	<b>n = 661</b>	<b>n = 682</b>	<b>n = 641</b>	<b>n = 931</b>
<b>Grup d'edat ≥ 65 anys</b>							
Usuaris de turismes	14,5%	22,3%	20,0%	18,4%	27,2%	20,1%	30,3%
Usuaris de motocicletes	2,4%	2,0%	2,7%	3,4%	2,8%	4,7%	2,7%
Usuaris de ciclomotors	2,4%	1,0%	1,3%	0,0%	0,5%	0,9%	2,7%
Vianants	74,4%	66,3%	64,0%	70,7%	60,6%	65,9%	54,0%
Altres	6,3%	8,4%	12,0%	7,5%	8,9%	8,4%	10,3%
<b>Total</b>	<b>n = 302</b>	<b>n = 305</b>	<b>n = 327</b>	<b>n = 256</b>	<b>n = 288</b>	<b>n = 298</b>	<b>n = 372</b>

Font: sistema d'informació DUHAT (Dades d'Urgències Hospitalàries per Accident de Trànsit), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: els percentatges de tipus d'usuari estan calculats sobre el total de casos on consta aquesta informació (50,2 % del total de casos). Els subtotals no sempre sumen el total perquè hi pot faltar la informació de la edat. \*Inclou autobús, camió o bicicleta.

**Taula 3. (continuació)** Morbiditat per accident de trànsit atesa sanitàriament als serveis d'urgència hospitalaris, segons sexe, edat i tipus d'usuari. Barcelona, 1997-2003.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Dones</b>	<b>n = 3.365</b>	<b>n = 3.607</b>	<b>n = 3.959</b>	<b>n = 3.914</b>	<b>n = 3.764</b>	<b>n = 3.650</b>	<b>n = 4.681</b>
<b>Grup d'edat 0-14 anys</b>							
Usuaris de turismes	38,7%	57,1%	34,3%	55,1%	39,6%	42,9%	31,9%
Usuaris de motocicletes	2,7%	5,1%	1,0%	0,0%	3,6%	6,3%	0,9%
Usuaris de ciclomotors	0,9%	0,0%	4,9%	4,5%	2,7%	1,8%	0,9%
Vianants	53,2%	36,7%	53,9%	39,3%	53,2%	47,3%	64,7%
Altres*	4,5%	1,3%	5,9%	1,1%	0,9%	1,8%	1,7%
<b>Total</b>	<b>n = 145</b>	<b>n = 112</b>	<b>n = 151</b>	<b>n = 139</b>	<b>n = 123</b>	<b>n = 130</b>	<b>n = 140</b>
<b>Grup d'edat 15-44 anys</b>							
Usuaris de turismes	37,4%	34,3%	31,3%	34,9%	38,8%	36,2%	44,3%
Usuaris de motocicletes	27,9%	21,1%	20,3%	13,6%	26,6%	29,5%	21,6%
Usuaris de ciclomotors	16,8%	25,2%	33,5%	33,8%	19,4%	18,3%	16,0%
Vianants	16,2%	17,2%	13,7%	16,8%	14,2%	13,9%	15,6%
Altres	1,8%	1,7%	1,3%	0,9%	1,1%	2,1%	2,5%
<b>Total</b>	<b>n = 2.202</b>	<b>n = 2.450</b>	<b>n = 2.780</b>	<b>n = 2.774</b>	<b>n = 2.617</b>	<b>n = 2.520</b>	<b>n = 3.265</b>
<b>Grup d'edat 45-64 anys</b>							
Usuaris de turismes	44,2%	42,7%	39,5%	37,2%	43,9%	44,2%	51,1%
Usuaris de motocicletes	3,7%	2,9%	5,6%	2,7%	4,9%	4,6%	3,7%
Usuaris de ciclomotors	1,2%	0,6%	2,9%	3,4%	2,1%	2,5%	2,5%
Vianants	42,1%	44,2%	41,8%	50,0%	39,9%	40,2%	31,2%
Altres	8,7%	9,6%	10,2%	6,8%	9,1%	8,6%	8,5%
<b>Total</b>	<b>n = 542</b>	<b>n = 585</b>	<b>n = 586</b>	<b>n = 530</b>	<b>n = 560</b>	<b>n = 559</b>	<b>n = 697</b>
<b>Grup d'edat ≥ 65 anys</b>							
Usuaris de turismes	15,5%	17,2%	17,8%	12,6%	21,7%	22,8%	21,0%
Usuaris de motocicletes	0,3%	0,6%	0,9%	0,3%	0,3%	0,0%	0,4%
Usuaris de ciclomotors	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Vianants	63,9%	67,9%	67,6%	75,7%	63,2%	63,7%	63,8%
Altres	20,3%	14,3%	13,7%	11,3%	14,9%	13,5%	14,8%
<b>Total</b>	<b>n = 475</b>	<b>n = 457</b>	<b>n = 439</b>	<b>n = 438</b>	<b>n = 454</b>	<b>n = 433</b>	<b>n = 573</b>

Font: sistema d'informació DUHAT (Dades d'Urgències Hospitalàries per Accident de Trànsit), Agència de Salut Pública de Barcelona..

Nota: els percentatges de tipus d'usuari estan calculats sobre el total de casos on consta aquesta informació (50,2 % del total de casos). Els subtotals no sempre sumen el total perquè hi pot faltar la informació de la edat. \*Inclou autobús, camió o bicicleta.

**Taula 4.** Evolució dels tipus de lesions per accidents laborals greus i mortals ocorregudes a la ciutat. Barcelona, 1994-2003.

Lesions per accidents greus	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<i>In itinere</i>	28,1%	29,1%	27,9%	26,0%	31,0%	33,7%	35,3%	30,2%	30,2%	29,6%
En jornada laboral										
Causa natural	5,3%	5,2%	3,1%	3,4%	2,4%	4,0%	4,6%	5,7%	5,8%	2,1%
De trànsit	10,4%	12,4%	11,9%	12,4%	19,5%	13,9%	13,7%	12,5%	12,1%	0,4% *
Resta de traumàtics	56,2%	53,3%	57,1%	58,2%	47,1%	47,6%	46,4%	51,5%	51,8%	67,9%
<b>Nombre total de casos</b>	<b>434</b>	<b>484</b>	<b>487</b>	<b>524</b>	<b>550</b>	<b>624</b>	<b>502</b>	<b>526</b>	<b>463</b>	<b>480</b>
Lesions per accidents mortals	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<i>In itinere</i>	41,4%	33,3%	27,3%	32,1%	30,0%	29,6%	39,2%	34,5%	35,8%	40,4%
En jornada laboral										
Causa natural	15,5%	20,4%	18,2%	30,4%	26,7%	25,9%	29,4%	29,1%	26,4%	8,8%
De trànsit	19,0%	24,1%	27,3%	17,9%	21,7%	20,4%	7,8%	12,7%	22,6%	0,0% *
Resta de traumàtics	24,1%	22,2%	27,3%	19,6%	21,7%	24,1%	23,5%	23,6%	15,1%	50,9%
<b>Nombre total de casos</b>	<b>58</b>	<b>54</b>	<b>44</b>	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>54</b>	<b>51</b>	<b>55</b>	<b>53</b>	<b>57</b>

Font: registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el treball de Barcelona. Departament de Treball i Indústria.  
 Nota: \*el 2003 s'ha produït un canvi en el sistema d'informació de lesions per accidents de treball que afecta la forma de notificació i també la informació que es recull; canvi que ha suposat que la nova codificació de variables no permeti identificar els accidents de trànsit. Atès que durant aquest any han coexistit ambdós models, els accidents de trànsit que es mostren a la taula són els que s'han notificat amb la codificació antiga.

**Taula 5.** Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida per sexe. Barcelona, 1993-2002.

Homes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Taxa bruta x 100.000	1126,0	1126,2	1176,8	1195,5	1156,6	1152,9	1219,3	1151,0	1152,3	1137,4
Taxa estandarditzada x 100.000*	1247,7	1205,7	1218,5	1195,5	1134,5	1107,9	1147,1	1065,9	1066,2	1048,5
Taxa APVP estandarditzada*	7943,5	7912,2	7931,5	7661,0	6318,9	5789,6	6017,7	5730,1	5547,9	5333,5
Esperança vida total	73,5	73,7	73,6	74,1	75,0	75,2	74,7	76,0	76,2	76,4
Dones										
Taxa bruta x 100.000	956,4	975,7	996,2	982,3	1017,6	1029,6	1075,7	1045,8	1052,1	1050,0
Taxa estandarditzada x 100.000*	1069,3	1051,1	1034,2	982,3	989,0	970,2	982,5	925,5	931,7	928,0
Taxa APVP estandarditzada	3035,7	3129,8	3167,0	2732,1	2743,0	2593,9	2425,0	2355,0	2629,0	2624,9
Esperança vida total	81,4	81,5	81,8	82,5	82,3	82,1	82,2	83,3	83,0	83,1

Font: registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: APVP: Anys Potencials de Vida Perduts. \*La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona de 1996.

**Taula 6.** Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Barcelona, 1993-2002.

Homes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000*	2001*	2002*
Sida	59,2	75,2	83,0	76,6	23,6	16,1	13,7	16,5	14,4	14,4
Accidents de trànsit	23,7	18,5	13,1	15,6	18,0	14,8	19,4	13,6	15,3	16,0
Sobredosi	28,3	22,5	27,3	24,8	17,6	20,4	16,4	13,2	13,7	8,9
Suïcidi	10,1	11,6	13,7	9,9	10,1	10,2	8,6	9,3	10,1	10,7
<b>Totes les causes</b>	<b>214,9</b>	<b>219,0</b>	<b>227,7</b>	<b>219,0</b>	<b>156,8</b>	<b>137,8</b>	<b>144,5</b>	<b>129,8</b>	<b>122,9</b>	<b>119,6</b>
<b>Dones</b>										
Sida	17,6	22,8	20,9	17,8	7,4	4,2	3,9	3,5	7,0	5,1
Accidents de trànsit	3,2	3,0	5,2	4,4	5,3	2,8	4,0	3,7	5,5	3,7
Sobredosi	5,9	5,1	6,8	5,6	4,9	5,7	3,9	4,3	2,8	1,5
Suïcidi	4,2	4,5	3,3	4,0	2,5	4,3	2,8	3,0	5,1	3,3
<b>Totes les causes</b>	<b>73,8</b>	<b>80,0</b>	<b>83,1</b>	<b>75,1</b>	<b>70,8</b>	<b>63,5</b>	<b>55,3</b>	<b>51,9</b>	<b>66,3</b>	<b>62,0</b>

**Taula 7.** Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 64 anys. Barcelona, 1993-2002.

Homes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000*	2001*	2002*
Càncer de pulmó	148,8	147,4	117,4	126,4	129,6	123,6	139,3	117,6	125,3	110,7
Malaltia isquèmica del cor	109,5	106,1	96,1	101,8	89,3	89,3	106,1	88,2	81,8	82,0
Malaltia cerebrovascular	50,3	38,8	40,2	38,6	37,6	30,0	35,6	42,9	27,1	31,3
Cirrosi	51,2	57,1	47,2	47,5	43,6	30,7	41,6	29,5	22,5	27,4
<b>Totes les causes</b>	<b>908,2</b>	<b>896,7</b>	<b>870,6</b>	<b>846,5</b>	<b>809,3</b>	<b>746,8</b>	<b>798,1</b>	<b>790,7</b>	<b>783,7</b>	<b>728,1</b>
<b>Dones</b>										
Càncer de pulmó	10,8	14,7	17,0	8,4	11,5	13,8	15,3	17,2	17,8	23,1
Càncer de mama	67,6	56,7	63,6	45,8	48,0	45,2	52,6	48,7	52,1	49,4
Malaltia isquèmica del cor	14,8	18,3	15,5	17,7	16,2	13,2	9,4	8,4	10,7	12,5
Malaltia cerebrovascular	18,1	21,4	15,0	20,2	16,2	16,3	11,9	19,8	14,9	13,8
Cirrosi	18,4	16,8	17,4	17,7	14,2	15,9	16,0	13,8	7,5	3,6
<b>Totes les causes</b>	<b>342,6</b>	<b>347,6</b>	<b>340,7</b>	<b>294,5</b>	<b>311,4</b>	<b>308,1</b>	<b>299,1</b>	<b>297,8</b>	<b>306,4</b>	<b>321,3</b>

**Taula 8.** Evolució de la mortalitat en la població de més de 64 anys. Barcelona, 1993-2002.

Homes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000*	2001*	2002*
Càncer de pulmó	452,9	428,3	431,2	464,4	419,4	393,2	423,2	393,1	401,0	388,0
Malaltia isquèmica del cor	722,3	688,5	699,5	675,2	681,7	688,5	640,0	550,1	574,4	576,5
Malaltia cerebrovascular	568,8	524,7	554,0	490,3	466,3	427,3	438,1	429,1	409,3	382,9
Cirrosi	124,5	93,3	107,2	105,4	102,1	103,3	92,9	77,5	52,8	53,6
<b>Totes les causes</b>	<b>5393,8</b>	<b>5151,0</b>	<b>5241,8</b>	<b>5176,9</b>	<b>5034,9</b>	<b>5008,4</b>	<b>5152,7</b>	<b>4730,1</b>	<b>4766,6</b>	<b>4747,0</b>
<b>Dones</b>										
Càncer de pulmó	34,1	39,5	36,6	39,0	40,9	45,7	36,6	37,4	41,2	47,9
Càncer de mama	116,2	113,1	107,0	108,7	114,4	102,6	104,0	105,1	96,1	101,7
Malaltia isquèmica del cor	462,7	417,9	431,4	421,2	408,3	418,4	377,4	340,7	334,0	319,3
Malaltia cerebrovascular	624,2	581,2	531,9	499,2	479,0	442,4	462,1	402,9	423,2	389,3
Cirrosi	77,2	83,8	65,1	66,0	70,0	53,7	61,5	49,1	36,7	28,4
<b>Totes les causes</b>	<b>3956,5</b>	<b>3864,5</b>	<b>3807,1</b>	<b>3654,2</b>	<b>3671,0</b>	<b>3599,9</b>	<b>3681,3</b>	<b>3454,6</b>	<b>3446,1</b>	<b>3423,3</b>

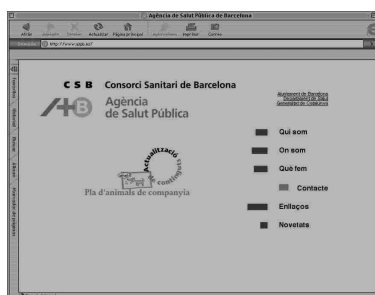
Font: registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: taxes estandarditzades per 100.000 habitants per edat i sexe. La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona de 1996. Les taxes dels anys 1997-1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions de 1996 i 2000 (per tant són diferents a les presentades en els informes de salut anteriors). \*A partir de l'any 2000, les causes de mort han estat codificades amb la classificació internacional de malalties, 10a revisió, fet que pot produir dades no estrictament comparables.





## La salut a Barcelona 2003



Si voleu obtenir còpies d'aquest informe o fer-nos arribar comentaris i suggeriments us podeu adreçar a:

**Maribel Urgellés**

Agència de Salut Pública de Barcelona

Pl. Lesseps 1

08023 Barcelona

Tel.: 93-2384545

Fax: 93-2173197

e-mail: [murgelle@aspb.es](mailto:murgelle@aspb.es)

També es pot descarregar aquest informe de la pàgina web de l'ASPB:  
[www.aspb.es](http://www.aspb.es)



Si voleu citar dades d'aquest informe, us preguem ho feu de la següent manera:

Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2003.  
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2004.



**C S B** Consorci Sanitari de Barcelona

 **Agència  
de Salut Pública**